

# Überlegungen zum Sozialverhalten Schizophrener in der therapeutischen Gemeinschaft

ABHANDLUNG

zur Erlangung der Doktorwürde  
der  
PHILOSOPHISCHEN FAKULTÄT I  
der  
UNIVERSITÄT ZÜRICH

vorgelegt von  
ELITSUR BERNSTEIN  
von Oetwil am See/ZH

Angenommen auf Antrag von  
Herrn Prof. Dr. D. v. Uslar

ADAG Administration & Druck AG

Zürich 1981



# Überlegungen zum Sozialverhalten Schizophrener in der therapeutischen Gemeinschaft

ABHANDLUNG

zur Erlangung der Doktorwürde  
der  
PHILOSOPHISCHEN FAKULTÄT I  
der  
UNIVERSITÄT ZÜRICH

vorgelegt von  
ELITSUR BERNSTEIN  
von Oetwil am See/ZH

Angenommen auf Antrag von  
Herrn Prof. Dr. D. v. Uslar

ADAG Administration & Druck AG

Zürich 1981



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41507219\\_0020](https://archive.org/details/IA41507219_0020)

meinen Kindern  
Chaim und Abraham



# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                             | S.        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 0. <u>Vorwort:</u>                                                                                          | <u>6</u>  |
| 1. <u>Einleitung:</u>                                                                                       | <u>7</u>  |
| 2. <u>Das Konzept der "therapeutischen Gemeinschaft":</u>                                                   | <u>12</u> |
| 2.1.0.   Das Konzept von Maxwell D. JONES                                                                   | 12        |
| 2.1.1.   Soziale Struktur: Veränderung und Entwicklung.                                                     | 13        |
| 2.1.1.1. Die wechselseitige Kommunikation.                                                                  | 13        |
| 2.1.1.2. Entscheidungsapparat auf allen Ebenen.                                                             | 14        |
| 2.1.1.3. Die therapeutische Grundhaltung: Das therapeutische Klima.                                         | 15        |
| 2.1.1.4. Führungsfragen in der therapeutischen Gemeinschaft (Abbau hierarchischer Strukturen).              | 15        |
| 2.1.1.5. Entscheidungsprozesse durch Konsensus.                                                             | 19        |
| 2.1.1.6. Soziales Lernen.                                                                                   | 22        |
| 2.1.1.7. Die therapeutische Gemeinschaft als ein System in ständiger Wandlung.                              | 24        |
| 2.2.0.   Die therapeutische Gemeinschaft in der psychiatrischen Klinik "Schlössli": Das Konzept von E. HEIM | 25        |
| 2.2.1.   Allgemeines.                                                                                       | 25        |
| 2.2.2.   Die Milieuthherapie.                                                                               | 27        |
| 2.2.2.1. Zur Begriffserklärung.                                                                             | 27        |
| 2.2.2.2. Milieuthherapie in der PKS: (A) Leitvorstellungen.                                                 | 28        |
| (a) Förderung der zwischenmenschlichen Verständigung, der Kommunikation.                                    | 28        |
| (b) Schaffung lebendiger Lerngelegenheiten: Soziales Lernen.                                                | 29        |
| (c) Förderung der sozialen und Gruppenbeziehungen: Gruppenaktivitäten.                                      | 29        |
| (d) Abbau erstarrter hierarchischer Strukturen.                                                             | 30        |
| 2.2.2.3. Milieuthherapie in der PKS: (B) Grad der Verwirklichung.                                           | 32        |
| (a) Förderung der zwischenmenschlichen Verständigung, der Kommunikation.                                    | 32        |
| (b) Schaffung lebendiger Lerngelegenheiten: Soziales Lernen.                                                | 33        |
| (c) Förderung der sozialen und Gruppenbeziehungen: Gruppenaktivitäten.                                      | 34        |
| (d) Abbau erstarrter hierarchischer Strukturen.                                                             | 37        |

|          |                                                                                                               |           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.3.0.   | Definition und Bestimmung eines therapeutischen Milieus ("Milieu" im Sinner der therapeutischen Gemeinschaft. | 39        |
| 2.3.1.   | Förderung der offenen Kommunikation.                                                                          | 39        |
| 2.3.2.   | Soziales Lernen.                                                                                              | 39        |
| 2.3.3.   | Förderung von Gruppenaktivitäten.                                                                             | 39        |
| 2.3.4.   | Abbau hierarchischer Strukturen.                                                                              | 40        |
| 3.       | <u>Persönlichkeitsvariablen und soziales Verhalten:</u>                                                       | <u>41</u> |
| 3.1.0.   | Die Rolle von "Persönlichkeitsvariablen" und "Ökologischen Situationen" für das soziale Verhalten.            | 42        |
| 3.1.1.   | Sozialpsychologische vs. persönlichkeitspsychologische Ansätze.                                               | 42        |
| 3.1.2.   | Einige Ueberlegungen zu den Beziehungen zwischen Persönlichkeits- und Situationsvariablen.                    | 44        |
| 3.2.0.   | Persönlichkeitstheoretische Beispiele.                                                                        | 47        |
| 3.2.1.   | WITKIN'SKonzept der "psychologischen Differenzierung": "Feldabhängige" bzw. "Feldunabhängige" Individuen.     | 47        |
| 3.2.1.1. | Kognitive Grundlagen.                                                                                         | 47        |
| 3.2.1.2. | Feldabhängigkeit als Dimension der Persönlichkeitsbeschreibung.                                               | 48        |
| 3.2.1.3. | Psychologische Differenzierung und soziales Verhalten.                                                        | 49        |
| 3.2.2.   | EYSENCK'SPersönlichkeitsmodell.                                                                               | 51        |
| 3.2.2.1. | Aufbau und Struktur.                                                                                          | 51        |
| 3.2.2.2. | Umschreibung der Dimensionen.                                                                                 | 52        |
| 3.2.2.3. | Neurophysiologische und biologische Grundlage, Konditionierbarkeit und die Beziehung zur Neurose.             | 54        |
| 3.2.2.4. | Zur Bedeutung der sozialen Umwelt.                                                                            | 56        |
| 3.3.0.   | Soziales Verhalten.                                                                                           | 57        |
| 3.3.1.   | Versuch einer Umschreibung.                                                                                   | 57        |
| 3.3.2.   | Hintergründe.                                                                                                 | 59        |
| 3.3.3.   | Dimensionen sozialen Verhaltens.                                                                              | 60        |
| 3.3.4.   | Soziales Verhalten am Beispiel des sozialen Lernens.                                                          | 60        |
| 3.3.5.   | Kurze Uebersicht über die sozialpsychologischen Methoden zur Erfassung des sozialen Verhaltens.               | 62        |
| 3.4.0.   | Einige Zusammenhänge zwischen dem sozialen Verhalten Schizophrener und dem therapeutischen Milieu.            | 64        |
| 3.4.1.   | Faktoren, die man bei der Untersuchung sozialen Verhaltens Schizophrener beachten muss.                       | 65        |
| 3.4.2.   | Das "Aktivitätsniveau" (activity level).                                                                      | 66        |
| 3.4.2.   | "Institutionalismus"                                                                                          | 67        |

|        |                                                                                                                                          |          |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 3.5.   | Zusammenfassung                                                                                                                          | S.<br>70 |
| 4.     | <u>Schizophrene Subtypen:</u>                                                                                                            | 71       |
| 4.1.0. | Einleitung und Problemdarstellung                                                                                                        | 71       |
| 4.2.0. | Die vier "Hauptgestaltungen" der Schizophrenien nach BLEULER.                                                                            | 75       |
| 4.2.1. | Die paranoide Schizophrenie.                                                                                                             | 76       |
| 4.2.2. | Die katatone Schizophrenie.                                                                                                              | 77       |
| 4.2.3. | Die Hebephrenie.                                                                                                                         | 78       |
| 4.2.4. | Schizophrenia Simplex.                                                                                                                   | 78       |
| 4.3.0. | Prozess- und reaktive Schizophrenien.                                                                                                    | 79       |
| 4.3.1. | Prozessschizophrenie vs. reaktive Schizophrenie: Dichotomie oder Kontinuum?                                                              | 82       |
| 4.3.2. | Relevante lebensgeschichtliche Ereignisse.                                                                                               | 84       |
| 4.3.3. | Auslösefaktoren.                                                                                                                         | 87       |
| 4.3.4. | Prognose.                                                                                                                                | 90       |
| 4.4.0. | Paranoide und nichtparanoide Formen schizophrener Erkrankung als Ausdruck eines Interaktionsverhaltens mit einem sozialen System.        | 91       |
| 4.4.1. | Einige neurophysiologische Aspekte.                                                                                                      | 93       |
| 4.4.2. | Kognitive Aspekte.                                                                                                                       | 94       |
| 4.4.3. | Das psychodynamische Konzept von S. ARIETI (1974).                                                                                       | 104      |
| 4.5.0. | Aktivschizophrene vs. Passivschizophrene: Versuch einer verhaltensorientierten Typologie.                                                | 110      |
| 4.5.1. | Aktivität und Rückzug im Verhalten Schizophrener.                                                                                        | 111      |
| 4.5.2. | Die "uncharakteristischen Basisstörungen" und ihr Einfluss auf das Verhalten Schizophrener.                                              | 113      |
| 4.5.3. | Aktivität vs. Passivität als Verhaltensmerkmale Schizophrener in einem therapeutischen Milieu im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft. | 115      |
| 4.6.   | Zusammenfassung                                                                                                                          | 118      |
| 5.     | <u>Prä-morbider - psychosozialer Status und schizophrene Erkrankung:</u>                                                                 | 119      |
| 5.1.0. | Einleitung.                                                                                                                              | 119      |
| 5.2.0. | Begriffsbestimmung, Abgrenzung und mögliche Wechselbeziehungen mit anderen Bedingungsfaktoren.                                           | 119      |
| 5.2.1. | Begriffsbestimmung - Definition.                                                                                                         | 120      |
| 5.2.2. | Zur Bedeutung des prä-morbiden - psychosozialen Status.                                                                                  | 121      |

|          |                                                                                                                                                           |            |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.2.3.   | Die Wechselbeziehungen zwischen dem prämorbidem - psychosozialen Status und weitere mögliche Bedingungsfaktoren der schizophrenen Erkrankung: Ein Modell. | 122        |
| 5.2.4.   | Die Erfassung der prämorbidem Daten: Möglichkeiten und Probleme.                                                                                          | 124        |
| 5.2.4.1. | Erhebungsformen.                                                                                                                                          | 125        |
| 5.2.4.2. | Inhaltliche Kategorien: Extrasymptomatische vs. symptombezogene Daten.                                                                                    | 126        |
| 5.2.4.3. | Probleme und kritische Betrachtung.                                                                                                                       | 128        |
| 5.3.0.   | Die Beziehungen zwischen dem prämorbidem- psychosozialen Status und der paranoiden und nichtparanoiden Schizophrenie.                                     | 131        |
| 5.3.1.   | Prämobider - psychosozialer Status und Krankheitsverlauf.                                                                                                 | 131        |
| 5.3.2.   | Prämobider - psychosozialer Status und paranoide Schizophrenie.                                                                                           | 131        |
| 5.4.     | Zur Beziehung zwischen dem prämorbidem - psychosozialen Status und dem Aktivitätsniveau Schizophrener.                                                    | 135        |
| 5.5.     | Zusammenfassung.                                                                                                                                          | 139        |
| 6.       | <u>Ueberlegungen zur milieutheraeutischer Behandlung Schizophrener:</u>                                                                                   | <u>140</u> |
| 6.1.0.   | Einleitung                                                                                                                                                | 140        |
| 6.2.0.   | Zur Wechselbeziehung zwischen dem Individuum und der sozialen Situation in einem Milieu: Einige theoretische Ueberlegungen.                               | 141        |
| 6.2.1.   | Das Gesetz der Erwartung.                                                                                                                                 | 142        |
| 6.2.2.   | Das Gesetz der Beteiligung.                                                                                                                               | 143        |
| 6.2.3.   | Der Zusammenhalt der Gruppe.                                                                                                                              | 145        |
| 6.2.4.   | Hinweise auf mögliche praktische Anwendungsbereiche.                                                                                                      | 146        |
| 6.2.4.1. | Förderung der offenen Kommunikation.                                                                                                                      | 146        |
| 6.2.4.2. | Soziales Lernen.                                                                                                                                          | 147        |
| 6.2.4.3. | Förderung der Gruppenaktivitäten.                                                                                                                         | 148        |
| 6.2.4.4. | Abbau hierarchischer Strukturen.                                                                                                                          | 151        |
| 6.2.4.5. | Schlussfolgerungen.                                                                                                                                       | 153        |
| 6.3.0.   | Einige Aspekte milieutheraeutischer Behandlung Akutschizophrener.                                                                                         | 154        |
| 6.3.1.   | Eintrittsgespräch - Aufnahme.                                                                                                                             | 155        |
| 6.3.2.   | Medikamente.                                                                                                                                              | 156        |

|        |                                                                                                                                              |            |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 6.3.3. | Aspekte der psychischen Behandlung und der<br>"Psychotherapie".                                                                              | 158        |
| 6.4.0. | Die Beziehungen zwischen Verhaltensmerkmalen Akut-<br>schizophrener und dem Behandlungsmilieu: Theore-<br>tische Ueberlegungen und Ausblick. | 161        |
| 6.5.0. | Zusammenfassung.                                                                                                                             | 164        |
| 7.     | Literaturverzeichnis.                                                                                                                        | <u>165</u> |
|        | Lebenslauf.                                                                                                                                  | <u>181</u> |

## 0. Vorwort

Diese Arbeit ist im Anschluss an eine in den Jahren 1978-1979 durchgeführte experimentelle Untersuchung mit 38 akutschizophrenen Patienten an der psychiatrischen Klinik "Schlössli", Oetwil am See, Schweiz (HEIM und BERNSTEIN, 1980) entstanden. Sie enthält einige theoretische Grundlagen und praktische Hinweise, die sich in Zusammenhang mit der Beobachtung des Sozialverhaltens schizophrener Menschen in einem therapeutischen Milieu aufdrängen.

In der Sammlung, Bearbeitung und Zusammenfassung des vorliegenden Stoffes waren mir mehrere Lehrer, Freunde und Kollegen sehr hilfreich. Die ersten Anregungen erhielt ich von Prof. Dr. med. E. Heim (Direktor der psychiatrischen Universitätspoliklinik, Bern), dem damaligen Chefarzt der Klinik "Schlössli" (1968-1978), der mich während der ganzen Untersuchung, zuerst als Chef und später als Freund stets zur Weitervertiefung und Bearbeitung des Stoffes ermunterte. Herr Prof. Dr. phil. D. von Uslar (Psychologisches Institut der Universität Zürich) verfolgte die Entstehung dieser Arbeit von Anfang an und förderte ihr Anliegen. Beiden bin ich zu grossem Dank verpflichtet. In zahllosen Besprechungen und Kolloquien bekundeten sie grosses Interesse für dieses Thema und unterstützten damit meine Bemühungen.

Ein besonderer Dank gilt meiner Kollegin Frau Dr. phil. Marion Hollenstein. Sie hat das Manuskript mehrmals durchgelesen und nahm sich die Mühe, einige Kapitel mit mir durchzubespochen. Auch stand sie mir beim sprachlichen Redigieren des Manuskriptes bei. Ihre Hilfe war mir sehr wertvoll und ihr persönliches Engagement an dieser Arbeit beträchtlich. Herrn Dr. med.

A. Biletter, Chefarzt der psychiatrischen Klinik "Schlössli", möchte ich für sein Interesse sowie für seinen Einsatz, der mir mehrere Urlaubstage für die Niederschrift dieser Arbeit ermöglichte, sehr danken. Schliesslich gilt mein Dank Frau Nechama Witztum, die das nicht immer leicht zu lesende Manuskript stets rasch und perfekt abschrieb.

## 1. Einleitung

Die fast unüberschaubare Schizophrenieliteratur umfasst bis heute zehntausende von Büchern und wissenschaftlichen Abhandlungen (siehe dazu BENEDETTI, BLEULER, KIND und MIELKE, 1960., BENEDETTI, KIND, JOHANSSON und WENGER, 1965., sowie BENEDETTI, RAUCHFLEISCH et. al. 1975). Die Schizophrenie als menschliches Phänomen stellt für den reflektierenden Menschen eine unermessliche Herausforderung dar. In keinem anderen Bereich findet man ein vergleichbares interdisziplinäres wissenschaftliches Engagement wie auf dem Gebiet der Schizophrenieforschung. "Forschung" soll in diesem Zusammenhang nicht bloss im engen naturwissenschaftlichen Sinne verstanden werden. Wir haben hier zunächst viel mehr mit dem Erkennen und dem Begreifen menschlicher Erscheinungs- und Ausdrucksweisen, also mit Anthropologischem zu tun. Dies kommt auch in der Formulierung M. BLEULER's zum Ausdruck: "Schizophrenie Erkrankungen gehen in Bereichen des Geistes und des Gemüts vor sich, die nur dem Menschen und kaum dem Tiere eigen sind" (1972, S. 507). Die Genetik, die Aetiologie sowie die Psychogenese des an Schizophrenie Erkrankten sind Aspekte der Entwicklungsbiologie, -soziologie und -psychologie des Menschen. Die Psychopathologie und Psychodynamik, die sozialen Verhaltensweisen vor und während der Erkrankung sind alle Ausdruck eines menschlichen Prozesses. In der Behandlung - sei diese eine Somato-, Pharmako- oder Psychotherapie in weitem Sinne - können das Ausmass und die Qualität der menschlichen Begegnung von entscheidender Bedeutung für diesen Prozess sein. Den Psychotherapeuten führt diese Begegnung mit dem an Schizophrenie erkrankten Menschen nicht selten zu einer tiefgreifenden Beziehung im Sinne M. BUBER's (1966, 1973). Was diese Beziehung besonders kennzeichnet, ist der ständige sehr intensive Wechsel von "Miteinander-" und "Nebeneinander-sein". BENEDETTI bezeichnet den "menschlichen Standpunkt dem Kranken gegenüber" als "Sich-Einfühlen oder Nicht-Verstehen" (1975, S. 45). Wer solchen Menschen in der täglichen Arbeit begegnet, wird immer wieder feststellen, wie ~~schwer~~ diese Forderung sein kann, besonders dort, wo ja so oft in einer Wahnwelt Uneinfühlbare geschieht, das man verstandesmässig einzuordnen bestrebt ist. Und doch, wenn es uns gelingt, unsere Angst zu bewältigen, unsere Vorurteile und das "theoretische Wissen" etwas zurückzustellen und in diesem Sinne für eine Begeg-

nung offen zu sein, wenn wir - man möchte fast sagen "naiv" - zunächst staunen, spüren und fühlen und erst dann einzuordnen und zu verstehen suchen, dann wird dieses "Verstehen" zu einer inneren Verwandtschaft, eben zu einer menschlichen, bedeutungsvollen Beziehung mit dem Kranken.

Diese Form vom Verstehen des an Schizophrenie erkrankten Menschen ist auch das Anliegen der Psychodynamik, der Psychopathologie sowie der soziologischen Erforschung der Schizophrenie. Psychodynamische Betrachtungen findet man schon bei JUNG (1907). SULLIVAN (1962) und ARIETI (1974) sind die prominentesten Vertreter der psychodynamisch orientierten Psychotherapie Schizophrener. Ueber die Bedeutung der Psychopathologie für die "leiborientierte Therapie Schizophrener Ich-Störungen" hat SCHARFETTER (SCHARFETTER und BENEDETTI, 1978., SCHARFETTER, 1979.) hingewiesen. Die psychodynamisch-orientierte Psychiatrie hat wiederholt auf die Soziologie der Schizophrenie aufmerksam gemacht: Die Bedeutung der prämorbid-psychosozialen-Persönlichkeit (STRAUSS et. al., 1977) sowie der Familie (s. z.B.: BATESON et al. 1970., BLEULER, 1972., SCHARFETTER, 1980.) wurde eingehend untersucht, woraus auch Erkenntnisse für die Psychotherapie gewonnen wurden. Vermehrt wendet man sich in den letzten Jahren den Erkenntnissen zu, die sich aus dem sozialen Verhalten schizophrener Patienten in der Klinik, also während ihrer schwersten Erkrankungsphase, gewinnen lassen. WING und BROWN (1970) konnten auf die Zusammenhänge zwischen Variablen des Klinikmilieus und dem Sozialverhalten hospitalisierter schizophrener Menschen hinweisen. Sie prägten den Begriff der "optimalen Stimulation", der diejenige angemessene soziale Anregung aus dem Klinikmilieu charakterisiert, die dazu führen kann, dass auch zurückgezogene (Withdrawal) oder an florider Symptomatik leidende Schizophrene gute Fortschritte aufweisen, die auch zur Entlassung aus der Klinik führen können.

Die Bedeutung des "Milieus" für den Verlauf der schizophrenen Erkrankung in der Klinik wurde bereits von SIMON (1929) erkannt. Die von ihm eingeführte Arbeitstherapie zeigt Ansätze der Bemühung, den Krankheitsverlauf durch Aktivität positiv zu beeinflussen. Das Ziel der Arbeitstherapie war, die Patienten zu aktivieren und durch Aktivität die Anteilnahme am sozialen Geschehen (also an der Realität) zu fördern. An sich sind Unter-

schiede im Aktivitätsgrad sowohl bei Nichtschizophrenen als auch bei Schizophrenen vorhanden. Offensichtlich handelt es sich - vorallem was die soziale Aktivität angeht - um grundlegende persönlichkeitsstypische Unterschiede. Der Ausbruch einer schizophrenen Erkrankung bringt indessen nicht selten Veränderungen in Aktivitätsniveau eines Menschen mit sich.. Hier nun stellt sich uns die Frage, ob und in welchem Ausmass die Beziehungen zwischen dem therapeutischen Milieu und dem Verhalten des Patienten - selbstverständlich neben anderen notwendigen therapeutischen Bemühungen - wichtige und voneinander abhängige Elemente in Verlauf des Krankheits- und Gesundungsprozesses des psychisch Kranken sind.

Die Erkenntnis, dass das Milieu, in welchem der hospitalisierte Patient lebt, einen wesentlichen Einfluss auf sein Wohlbefinden haben kann, setzte sich nach dem 2. Weltkrieg zunehmend durch. Diesen Ueberlegungen entsprechend wurden Konzepte einer "Therapeutischen Gemeinschaft" entwickelt, die darauf hinarbeiteten, Aerzte, Pflegepersonal und Patienten während der Behandlung in der Klinik vermehrt zu Partnern werden zu lassen. In einer solchen wenig hierarchisch oder custodial-orientierten Klinik-atmosphäre sollte die "optimale Stimulation", die den Krankheitsverlauf des Patienten begünstigt, gewährleistet sein.

In der Schweiz wurde das von M. JONES (1968, 1975<sup>a</sup>, 1975<sup>b</sup>, 1976) erarbeitete Konzept der "Therapeutischen Gemeinschaft" an der psychiatrischen Klinik "Schlössli", Oetwil am See/ZH von E. HEIM weiterentwickelt und den schweizerischen Verhältnissen angepasst. Während 10 Jahren wurden die meisten Abteilungen der Klinik "Schlössli" schrittweise in dieses Konzept einbezogen. Was 1968 mit einem Versuch auf einer offenen Abteilung begann, umfasste 1978 alle offenen und geschlossenen Akutaufnahmestationen sowie einige Langzeit- und Geriatrieabteilungen. Dass im "Schlössli" die Grundsätze der "Milieuthérapie im Sinne der Therapeutischen Gemeinschaft" tatsächlich verwirklicht werden konnten, wiesen LILIENFELD, STAUFFACHER und WIRZ (1976) in einer Untersuchung nach. Aus dieser Untersuchung gingen ebenfalls einige Beobachtungen zum Verhalten schizophrener Patienten hervor. LILIENFELD, STAUFFACHER und WIRZ stellten fest, dass es schizophrene Patien-

ten gibt, die sich im Milieu aktiv, und solche, die sich im Milieu passiv verhalten. Generell darf man daraus schliessen, dass das von diesen Autoren untersuchte Milieu bei einer Anzahl von Menschen (hier: Schizophrene mit aktivem Milieuverhalten) die Aktivität in Bezug auf das Milieu fördert. Bei anderen Menschen jedoch (hier: Schizophrene mit passivem Milieuverhalten) wird in dieser Hinsicht kaum etwas bewirkt. Andererseits wäre denkbar, dass "Aktivität" bzw. "Passivität" Persönlichkeitsdimensionen sind, die als solche bereits vor der Erkrankung bestanden. Diese könnten durch die Krankheit unbeeinflusst geblieben sein und das Verhalten des Patienten im Milieu beeinflussen. Beide Annahmen sind denkbar und sollten deshalb genau überprüft werden.

Zur Ueberprüfung der Beziehungen zwischen den Persönlichkeitsdimensionen schizophrener Patienten einerseits und dem therapeutischen Milieu andererseits führten wir im "Schlössli" in den Jahren 1977 - 1979 eine Untersuchung mit 38 schizophrenen Patienten durch, die mehrheitlich zum ersten bzw. zum zweiten Mal in einer Klinik hospitalisiert waren. Ueber die Ergebnisse dieser Untersuchung wird in einer anderen Arbeit berichtet. Die vorliegende Arbeit legt den theoretischen Hintergrund unserer experimentellen Untersuchung dar. In Kapitel 2 werden das Konzept der "Therapeutischen Gemeinschaft" nach M. JONES sowie die "Milieuthapie im Sinne der Therapeutischen Gemeinschaft", die in der psychiatrischen Klinik "Schlössli" zur Anwendung kommt, geschildert. In Kapitel 3 wird auf die Zusammenhänge zwischen den Persönlichkeitdimensionen und dem Sozialverhalten hingewiesen. Nebst grundsätzlichen persönlichkeits-theoretischen Ueberlegungen und der Beschreibung des "Sozialen Verhaltens" wird hier die Frage der Verhaltensstimulation in therapeutischem Milieu angesprochen. In Kapitel 4 werden einige Aspekte der "Schizophrenen Subtypen" behandelt, wobei auf die Bedeutung dieser Subtypologie für die Forschung und die Therapie hingewiesen wird. Nach der Darstellung der BLEULER'schen symptomorientierten "vier Hauptgestaltungen der schizophrenen Erkrankung" (-Paranoidie, Katatonie, Hebephrenie und Schizophrenia simplex) folgt die symptomunabhängige Einteilung in "Prozess- und Reaktive Schizophrenie", eine Typologie, die vorallem aus der anglo-amerikani-

schen Psychiatrie her bekannt ist. In den Ueberlegungen zur paranoiden bzw. nicht-paranoiden Form der schizophrenen Erkrankung als "Ausdruck eines Interaktionsverhaltens mit einem sozialen System" wird bereits derjenige soziale Bezug angesprochen, der dann durch eine "Verhaltensorientierte Typologie" (aktives vs. passives Milieuverhalten) näher erläutert wird. Kapitel 5 befasst sich mit der Bedeutung der "prämorbid-psychosozialen Persönlichkeit" für den Verlauf und den Ausgang der schizophrenen Erkrankung. Hier liegt auch ein wichtiges Anliegen der Schizophrenieforschung vor, nämlich die Klärung der Beziehungen zwischen der "sozialen Kompetenz" (ZIEGLER et al., 1962., 1976.) vor und nach dem Ausbruch der schizophrenen Erkrankung. Schliesslich wird in Kapitel 6 der Versuch unternommen, auf mögliche therapeutische Konsequenzen, die sich aufgrund unserer theoretischen Ueberlegungen aufdrängen, hinzuweisen. Diese Konsequenzen müssen indessen auch experimentell überprüft werden. Die Ergebnisse der von uns durchgeführten experimentellen Untersuchung im "Schlössli" könnten Hinweise zur Gestaltung des therapeutischen Milieus im Sinne der Therapeutischen Gemeinschaft liefern. Einige Gedanken in dieser Richtung findet man im Kapitel 6.

Am Anfang dieses Einteilungskapitels wurde auf die enorme Anzahl von Publikationen auf dem Gebiete der Schizophrenieforschung hingewiesen. Es ist eindrücklich, wie vielfältig sich die verschiedenen Autoren um das Begreifen der Schizophrenie als menschliches Phänomen bemüht haben. Angesichts der unermesslich grossen bisher geleisteten Forschungsarbeit lag der Gedanke, diese Arbeit gar nicht zu schreiben oft sehr nah. Die Worte König Salomons "Aber darüber hinaus lass Dich warnen, mein Sohn, des Bücherschreibens ist viel, kein Ende damit" (Prediger 12;12. in der Uebersetzung von M. BUBER und F. ROSENZWEIG.) zwingen zur Besinnung über das geschriebene Wort. Diese Arbeit will indessen versuchen, auch etwas von der gefühlsmässigen Betroffenheit zu vermitteln, die uns in der Auseinandersetzung mit an Schizophrenie erkrankten Menschen aufgeht und uns zu Bescheidenheit und Demut auffordert.

## 2. Das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft:

### 2.1.0.0. Das Konzept von Maxwell D. Jones

M. JONES (1968, deutsch 1976) formuliert: "Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft lenkt die Aufmerksamkeit auf das Erfordernis, vom Potential an ausgebildetem Personal, Volontären, Patienten, deren Verwandten und allen anderen Personen, die einen Beitrag an die Verbesserung geistiger Gesundheit leisten können, den bestmöglichen Gebrauch zu machen" (S. 17). "Ziel der therapeutischen Gemeinschaft ist es, ..... durch einen optimalen Einsatz der Fähigkeiten und des Potentials, Patienten und deren Angehörigen zu helfen" (S. 27). Die Verwirklichung eines solchen Konzeptes setzt soziale Strukturen voraus, welche für unsere (zumindest westorientierte) Gesellschaft keine Selbstverständlichkeit darstellen. Konkret heisst das, dass gewisse Aspekte der sozialen Ordnung einem dynamischen Veränderungsprozess unterzogen werden müssen, was - und dies kann nicht genügend gesagt werden - gruppendynamischer und angewandter soziologischer Kenntnisse bedarf. Als JONES im Jahre 1962 die Leitung des Dingelton Hospitals in Schottland übernahm, war diese Klinik zwar durch die Vorarbeit seines Vorgängers, die Offenheit der Verwaltung und der Aufsichtsbehörde für die Realisierung einer therapeutischen Gemeinschaft bereit. Dennoch fehlten den Aerzten, dem Personal und erst recht den Patienten sowohl die für eine therapeutische Gemeinschaft nötigen theoretischen Kenntnisse wie auch die nötigen praktischen Verhaltensweisen. Die schrittweise Einführung einer flexiblen sozialen Ordnung setzte dynamische Prozesse in Gang, welche in Bezug auf drei Aspekte beleuchtet werden. Diese sind: (1) Die Schaffung einer wechselseitigen (offenen) Kommunikation. (2) Die Schaffung eines Entscheidungsapparates auf allen Ebenen und (3) die Entwicklung eines besonderen therapeutischen Klimas. JONES' Konzept - wie übrigens auch die meisten anderen Konzepte der therapeutischen Gemeinschaft - strebt die Verwirklichung der Gemeinschaft an, in der ein soziales Lernen möglich ist. Dies setzt voraus, dass Entscheidungsprozesse durch Konsensus, d.h. nicht autoritär erfolgen und dass das Rollenverständnis aller Beteiligten, einschliesslich der Führung in einer der therapeutischen Gemeinschaft angemessener Weise im sozialen Prozess entsteht.

Nachfolgend werden wir, analog zu JONES' Arbeit "Beyond the therapeutic Community" (Englisch 1968, Deutsch 1976) die Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft kurz erläutern.

# .1. Soziale Struktur: Veränderung und Entwicklung:

## .1.1. Die wechselseitige Kommunikation:

Der Kommunikationsvorgang verläuft in einer hierarchischen Spitalstruktur innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen und von diesen Berufsgruppen (= Personal) zu den Patienten vorwiegend im Sinne von Mitteilungen bzw. Anweisungen "von oben nach unten". Das Umgekehrte ist nur selten der Fall, was uns umsomehr erstaunt, als ja besonders in einer psychiatrischen Klinik, der Patient und sein Betreuer im Zentrum der therapeutischen Bemühungen stehen sollten. Das fast vollständige Fehlen von Kommunikationswegen "von unten nach oben" wird zwar oft von den Patienten und dem Pflegepersonal erkannt, doch haben die Bemühungen, die gewünschte Kommunikation in Fluss zu bringen, für die Betroffenen oft unangenehme Folgen. Es können "unerwünschte" Konfrontationen bzw. Situationen auftreten, denen sich der Einzelne nicht gewachsen fühlt. Um solchen unangenehmen Folgen, welche subjektiv verletzend empfunden werden, aus dem Wege zu gehen, werden Kommunikationsschwierigkeiten hingenommen. Dabei haben Kommunikationsschwierigkeiten oft objektive, stichhaltige Ursachen, die man gerade in einer offenen Aussprache klären kann, was zu einer Entspannung des emotionalen Klimas führt. Damit wird eine Grundlage geschaffen für ein offenes Bearbeiten eines solchen Problems. JONES weist auf die gruppendynamischen sowie praktisch-soziologischen Voraussetzungen hin, über die man verfügen sollte, wenn man gezielt ein wechselseitiges Kommunikationssystem schaffen möchte. Da in der Regel weder Psychiater noch das Spitalpersonal in genügendem Masse darin ausgebildet werden und Psychiatriepatienten gerade im kommunikativen Bereich immense Schwierigkeiten aufweisen, ist es sinnvoll die wechselseitige Kommunikation in einer Gruppe zu erproben. In einer Anzahl sich gegenseitig ergänzender und aufeinander abgestimmter Gruppen (Administrativgruppen, Behandlungsgruppen, Ausbildungs- und Arbeitsgruppen) praktizierten JONES und seine Mitarbeiter in Dingleton die Grundlage einer Kommunikation, welche "von der Ebene des regressivsten Patienten

bis hinauf zu der Aufsichtsbehörde" der Klinik nach Möglichkeit gewährleistet sein sollte (1968, deutsch S. 34).

#### 2.1.1.2. Entscheidungsapparat auf allen Ebenen:

Die Bildung von Gruppen ist nicht bloss für die wechselseitige Kommunikation wichtig. Im Gruppenprozess können Erfahrungen gemacht werden, die das Erleben und das Handeln der Teilnehmer wesentlich beeinflussen. Das Teilnehmen-können an Problemen anderer kann das Individuum ermutigen, seine eigenen Schwierigkeiten in der Gruppe zu diskutieren. Sobald der Einzelne an den Gefühlen anderer partizipieren lernt, kann er es zulassen, sich ihnen gefühlsmässig zu öffnen. Die dadurch entstehende Teil-Identifizierung mit der Gruppe kann bewirken, dass relevante Entscheidungen nicht dem Einzelnen überlassen, sondern von der ganzen Gruppe gemeinsam angestrebt werden. Je nach der Komplexität der Frage und deren Tragweite für das therapeutische Anliegen gewinnen solche Entscheidungen mehrfach an Bedeutung. Zunächst vermitteln sie das Gefühl, dass man selber etwas für die eigene Entwicklung unternehmen kann (und soll). Dann erlebt der Einzelne, dass er nicht sich selber überlassen wird, sondern in seinen aktiven Rolle von der Gruppe wahrgenommen und unterstützt werden kann. Je nach Zusammensetzung der Gruppe und deren Ziel können im Gruppenprozess gemeinsame Anliegen formuliert werden, die der Einzelne als "seine Sache" erlebt (JONES, 1976, S. 41) und daraus den berechtigten Anspruch erhebt, dabei mitzuentcheiden. Die demokratische egalitäre Struktur der therapeutischen Gemeinschaft bedingt, dass Autorität von der zentralen Leitung an jenen Bereich delegiert wird, in dem Probleme auftreten. Dies bedeutet, dass alle am Problembereich Beteiligten, Patienten oder Personal, jede erdenkliche Hilfe erhalten, in ihrem Bereich und nach ihren Kenntnissen und Möglichkeiten, Schwierigkeiten selber zu lösen und damit verbundene Entscheidungen zu fällen. Da sich solche Bereiche in mehreren, sich oft überschneidenden Ebenen befinden, entsteht mit der Zeit ein Entscheidungsapparat auf allen Ebenen der Klinik. Ein wichtiges Ziel der therapeutischen Gemeinschaft ist es, nicht nur "einen demokratischen Entscheidungsprozess in allen Bereichen des Spitals einzuführen" (JONES, 1968), sondern darüberhinaus zu bewirken, dass dieser zum (therapeutischen

Vorteil des Patienten auch wahrgenommen werden kann.

#### 1.3. Die therapeutische Grundhaltung: Das therapeutische Klima:

Die wechselseitige Kommunikation führt zur Transparenz der Ereignisse in der therapeutischen Gemeinschaft. Diese schafft günstige Voraussetzungen für autonome Entscheidungen auf allen Ebenen, welche gerade durch die bestehende wechselseitige Kommunikation nicht ganz ohne Rücksichtnahme auf andere Bereiche erfolgen können. Dies bedeutet indessen nicht eine Einschränkung von Entscheidungsmöglichkeiten, sondern bietet günstige Bedingungen an, diese zu reflektieren. Die Tatsache, dass in einem solchen System verhältnismässig viel Zeit für Sitzungen zur Erörterung aller Aspekte des Kliniklebens eingeräumt wird, bleibt nicht ohne Einfluss auf dasselbe. Sie führt zur Diskussion der sozialen Strukturen der Klinik, so wie sie sich in den wechselseitigen Beziehungen, bzw. zwischen dem Personal und den Patienten zeigen. Zugleich begünstigt die Gruppenaktivität die Erörterung von Verhaltensweisen im Sinne einer "positiven Kritik", welche laufend deren Ueberprüfung und Modifizierung zulässt. In einem solchen Prozess können ebenfalls Wert- und Vorurteile überdacht werden, was schliesslich zur Bildung einer therapeutischen Grundhaltung führt. Die therapeutische Grundhaltung umfasst ein gültiges Wertsystem, dass in Uebereinstimmung mit einem anspruchsvollen Behandlungsprogramm, der Einstellung und den Möglichkeiten des Personals, eine konsequente und gleichzeitig tolerante Haltung gegenüber den Patienten und deren Problemen ermöglicht. JONES betont, wie wichtig es ist, darauf zu achten, dass diese therapeutische Grundhaltung keine wesentliche Abweichungen von den Normen der sozialen Strukturen ausserhalb der Klinik aufweist. Sicher geht es hier nicht darum, Auseinandersetzungen mit den "äusseren" sozialen Strukturen ganz zu vermeiden, doch sollte die Therapie realitätsorientiert bleiben.

#### 1.4. Führungsfragen in der therapeutischen Gemeinschaft (Abbau hierarchischer Strukturen):

Wie in einer anderen Gemeinschaft kommt in der egalitär-demokratischen Gruppe - wie sich die therapeutische Gemeinschaft versteht - der Frage der Führung besondere Bedeutung zu. Zunächst findet "Führung" auf verschiedenen Ebenen, die sich zum Teil überschneiden, statt. Dann erfordert sie eine besondere Identifikation mit

der Gemeinschaft, was allzuoft sowohl zu einer Rollendiffusion und bei mangelnder Ausbildung oder Erfahrung auch zur Ueberforderung führen kann. Daraus ergibt sich einmal wieder, wie wichtig das soziale Lernen, das Behandlung und Ausbildung aller Beteiligten umfasst, hinsichtlich der Führungsfrage ist. (JONES (1968) beschreibt vier Führungsbereiche. Der Leiter, der stellvertretende Leiter, die kollektive Führung und die Führung durch die Patienten.

Der Leiter in der therapeutischen Gemeinschaft sieht sich oft mit zwei widersprüchlichen Aufgaben konfrontiert. Zum einen muss er die Klinik nach aussen bei der Behörde u.ä. vertreten, die in ihm sozusagen den einzigen Exponenten der Klinik sieht. Auf der anderen Seite werden in der therapeutischen Gemeinschaft Verantwortung und Autorität weitgehend delegiert, was "alleinige Vertretung" nach aussen erschwert. JONES meint, dass dieses Problem bis zu einem gewissen Grad in der Gruppe geklärt werden kann. Weil in der Gruppe das soziale Lernen stattfindet, sieht er die Hauptaufgabe des Leiters in der Schaffung einer Umgebung, die das soziale Lernen erleichtert. Entsprechend versteht er den Leiter als "Katalysator" (in einer späteren Arbeit zieht er sogar den englischen Begriff "facilitator" vor, was so etwas, wie Wegbereiter - oder "Erleichterer" bedeutet. 1976) solcher Prozesse. Er soll über genügende Sensibilität und Gemeinschaftssinn verfügen, um Bedürfnisse und Wünsche von Personal und Patienten zu erkennen. Darüber hinaus ist eine gute formelle Ausbildung und Erfahrung notwendig, um den Erwartungen des Personals zu genügen. Hierzu gehört auch die Fähigkeit, das Personal in Krisenzeiten durch schwierige Konfliktsituationen hindurchzuziehen, am besten in dem man ihm hilft, zu deren Bewältigung die eigenen Fähigkeiten einzusetzen. Muss er einerseits, vorallem in Krisensituationen in der Lage sein, seine latente Autorität einzusetzen, so ist es für ihn auf der anderen Seite äusserst wichtig, sich unter bestimmten Umständen zurückziehen zu können und die Führung einem anderen erfahrenen Kollegen zu überlassen. Die aktiven und passiven Aspekte seiner Persönlichkeit müssen einander ergänzen und flexibel auf die Bemühungen der therapeutischen Gemeinschaft abgestimmt werden. Eine weitere wichtige Führungsrolle in der therapeutischen Gemeinschaft ist diejenige des stellvertretenden Leiters. Er ist

sozusagen der "Verbindungsmann", dem oft die "Vertretung nach innen" obliegt. JONES betont die Gefahr, die eine Rollenvermischung zwischen dem Leiter und seinem Stellvertreter in sich birgt. Er empfiehlt deshalb eine bestmögliche und klare Trennung ihrer Arbeitsbereiche. Wenn Leiter und stellvertretender Leiter einander ergänzen (und nicht miteinander konkurrieren), können sie in Situationen von Unstimmigkeiten in der Klinik relativ objektiv bleiben. Dadurch ist es ihnen möglich, gemeinsam die zur Krise beitragenden Faktoren zu analysieren, um auf diese Weise der Gemeinschaft zu einem besseren Verständnis und einer neuen Erkenntnis, wie Probleme gelöst werden können zu verhelfen. Sozialpsychologische Studien (BALES, 1953, zitiert nach JONES, 1968) weisen auf das Phänomen innerhalb einer Gruppe hin, zwischen einem "Initiatorotypus" und einem "Empfängertypus" der Autorität zu pendeln. Solchen Polarisationsprozessen sollte in der therapeutischen Gemeinschaft entgegengewirkt werden. Ein Konflikt zwischen dem Leiter und dessen Stellvertreter kann zur Spaltung der Klinik führen. Sollte er indessen doch auftreten, so ist es wünschenswert, diesen Konflikt möglichst in einer Gruppe von erfahrenen Kollegen zu erörtern. Allerdings wird die optimale Förderung des stellvertretenden Leiter, seine Beteiligung an allen Planungsschritten sowie seine Teilhabe an der öffentlichen Anerkennung - die sonst in einem hierarchischen System nur dem Klinikleiter gilt - die Wahrscheinlichkeit solcher Konflikte herabsetzen.

Eine dritte Ebene ist diejenige der kollektiven Führung. Sie ist eine "ausgeglichene Führung durch mehrere Leute, die alle die Fähigkeit besitzen, gegebenenfalls die Führungsrolle zu übernehmen". Sie "bietet eine ausserordentliche Möglichkeit für die Entwicklung einer Gemeinschaft" (JONES, 1968). Eine kollektive Führung bietet mehrere Vorteile. Zuerst ist sie als Gruppe ein Träger von sozialem Lernen, welches auch auf der Führungsebene praktiziert werden soll. Zweitens ist eine kollektive Führung gerade in einer psychiatrischen Klinik, die ein interdisziplinäres Gebilde mit verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pfleger, Ergotherapeuten etc.) darstellt, sehr wichtig. Sie kann die Möglichkeit aller Bereiche aufeinander abstimmen und so zu deren optimalen Nützlichkeit beitragen. Das

gilt besonders dann, wenn alle Disziplinen, aus denen sich die therapeutische Gemeinschaft zusammensetzt, an dieser Führung auch tatsächlich beteiligt sind. Drittens gehören der kollektiven Führung Personen an mit grosser Erfahrung in Gruppenarbeit, mit Ausbildung und Persönlichkeit, die sie zur Uebernahme der Leiterrolle befähigen. Sie garantieren, vorallem in besonderen Krisensituationen, die Fortführung der therapeutischen Gemeinschaft. Solche Krisensituationen können zum Beispiel dann auftreten, wenn der offizielle Leiter einen emotionalen Konflikt mit seinen Kollegen austrägt und die Fähigkeit sowie Objektivität, die für die Auseinandersetzung mit einer solchen Lage erforderlich sind, verliert. Hier zeigt sich deutlich, dass es sich bei der kollektiven Führung nicht um eine "Gruppenführung" handelt, in der individuelle Fähigkeit gegenüber der Gruppenraison zurücktritt. Die "Führung durch die Gruppe" gestattet in der therapeutischen Gemeinschaft jedem Gruppenangehörigen die bestmögliche Entfaltung seiner persönlichen Fähigkeiten und Eigenschaften. Viertens versteht sich die kollektive Führung nicht nur für die Ebene der obersten Klinikleitung. Sie gilt auch für die Ebene der Abteilungsführung bzw. für die Führung aller relevanten Bereiche der therapeutischen Gemeinschaft. Dadurch ist die Mobilität von Personen, die aus einem Bereich scheiden und in ein anderen mit Führungsaufgaben beauftragt werden, leicht möglich.

Schliesslich gewinnt die Führung durch die Patienten in der therapeutischen Gemeinschaft zunehmend an Bedeutung. JONES (1968) weist darauf hin, dass die Rolle des Patienten im Spital noch wenig untersucht wurde (siehe dazu PARSON, 1951. 1957., sowie HEIM, 1976). Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft fördert die Selbstbestimmung durch die Patienten, in dem ihnen in Zusammenarbeit mit dem Personal vermehrt Verantwortung über die eigene Behandlung und ihre Lebensbedingungen in der Klinik übertragen werden. In diesem gruppendynamischen Prozess kann man feststellen, dass einige Patienten bei geschickter Führung einen therapeutischen Einfluss auf Mitpatienten ausüben (RAPOPORT, 1960). Gleichzeitig streben solche Patienten vermehrt eine aktive Beteiligung in Planung und Durchführung der eigenen Behandlung

an. Nicht selten stellen sie vermehrten Anspruch, in der Programmgestaltung auf der Abteilung mitzuwirken und mitentscheiden zu dürfen. Dies kann beim Personal zu widersprüchlichen Reaktionen führen. Einerseits werden diese Wünsche im Sinne der Ziele der therapeutischen Gemeinschaft gefördert. Auf der anderen Seite muss das Personal, das mit den Patienten einem annähernd gleichen Gruppenprozess untersteht, zunehmend das eigene Verhalten und die eigene Rolle reflektieren und nicht selten, als Folge der zunehmenden "Verselbstständigung" der Patienten modifizieren. Gerade hier kann es zu Schwierigkeiten kommen, wenn sich das Personal diesem Prozess entgegenstellt oder ihm umgekehrt keine Grenzen zu setzen versteht. In beiden Fällen - sei es, dass die Uebertragung von Verantwortlichkeiten an Patienten gebremst, sei es dass Verantwortung an Patienten delegiert wird ohne Rücksicht auf deren Belastungsfähigkeit - kann keine angemessene Führung durch die Patienten verwirklicht werden. Die Grenzen, innerhalb welcher die Patienten eine bestimmte Führung übernehmen können, müssen erkannt und gezogen werden. Sie sind auf verschiedenen Abteilungen unterschiedlich. Auf einer chronischen Abteilung beispielsweise gibt es wesentlich weniger Verantwortungsbereiche als auf einer offenen Psychotherapiestation. Eine wichtige Voraussetzung für die Führung durch die Patienten ist eine relative Personalkonstanz auf einer Abteilung. Nur so können in einem gemeinsamen Gruppenprozess lebendige Lerngelegenheiten eingeübt werden, die einerseits ein relativ angstfreies Ueberdenken der Personalrollen, andererseits eine realitätsgerechte Uebertragung von Verantwortung an die Patienten ermöglichen.

#### 1.1.1.5. Entscheidungsprozesse durch Konsensus:

Entscheidungsprozesse reflektieren den Grad der Hierarchie einer Gemeinschaft. Eine einseitige Entscheidung, auch wenn sie noch so klug ist, ist mit der Grundhaltung der therapeutischen Gemeinschaft nicht vereinbar. JONES (1968, 1975a, 1976) entwirft für die therapeutische Gemeinschaft einen Entscheidungsprozess durch Konsensus. Der Gebrauch des Begriffs "Konsensus" impliziert eine bereits vorhandene "innere Verpflichtung" (= internal commitment) aller Gruppenmitglieder. Diese kommt zustande, wenn

einige gemeinsame Ziele durch Interaktions- und Lernprozesse in der Gruppe realisiert werden können. Konsensus reflektiert einen hochentwickelten Stand einer Gruppe, deren Mitglieder bereit sind, persönliche Vorteile und Ziele zurückzustellen zugunsten allgemeiner optimaler Ziele, mit denen sich jedes Gruppenmitglied identifizieren kann (1975). Konsensus im Entscheidungsprozess ist ein schwieriges und vages Konzept. Da Entscheidungen in der therapeutischen Gemeinschaft in der Gruppe getroffen werden, stellen sich hier ähnliche Probleme, wie in anderen Gruppenprozessen. Es kommt vor, dass der Einzelne in einer Gruppe eine Meinung vertritt, die er in einem anderen Forum verwerfen würde. Es besteht auch die Gefahr, dass die "charismatische Wirkung" eines Leiters - besonders wenn ein Problem aufgeworfen wird, mit dem er sich stark identifiziert - die Haltung des Einzelnen in der Gruppe stark beeinflusst. Drittens kann es dazu kommen, dass eine in einer Sitzung vertretene Meinung später revidiert wird. Schliesslich bestehen oft Diskrepanzen zwischen dem, was der Einzelne in der Gruppe vertritt und dem, was er in der Praxis durchführt. Immerhin sind Entscheidungsprozesse durch Konsensus dort realisierbar, wo versucht wird, den allgemeinen Wunsch einer Gruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt zu widerspiegeln. Die Wirksamkeit einer solchen Prozedur hängt von verschiedenen Faktoren ab: Von der Sicherheit und dem gegenseitigen Vertrauen innerhalb der Gruppe, vom Grad der freien und wechselseitigen Kommunikation sowie von der Sensibilität und dem Weitblick (einschliesslich Toleranz) der Führung. Die durch Konsensus getroffenen Entscheidungen können später, wenn nötig (z.B., wenn neue Erkenntnisse es erforderlich machen) modifiziert oder sogar ganz revidiert werden. Solange auf der Ebene der kollektiven Führung soziales Lernen praktiziert wird, zeigt sich darin nicht die Schwäche des Entscheidungsapparates sondern dessen Flexibilität. Wie bereits angedeutet, erfordert ein Konsensus einen hochentwickelten Stand im Gruppenprozess. JONES(1975) spricht von der Dauer von Monaten oder eines Jahres, bis dieser Stand erreicht werden kann. Während dieser Zeit werden Diskussionen ausgelöst und Lernsituationen herbeigeführt, die dazu führen, dass die Bereitschaft der einzelnen Mitglieder, ihre Rolle zu überdenken,

ihre Gefühle offen zu äussern und andere Standpunkte zu akzeptieren, zunimmt. Gleichzeitig wird die Kompromissbereitschaft (JONES, 1976) in der Gruppe sichtbar. Sie beinhaltet die Einsicht des Einzelnen, dass er seine eigenen Absichten und Ziele zwar nicht aufgibt, indessen bemüht ist, diese zugunsten von Gruppenzielen, mit welchen er sich identifizieren kann, zurückstellen. Hiermit ist ein Stadium erreicht worden, aus welchem Entscheidungsprozesse durch Konsensus möglich werden. JONES (1968) erwähnt weitere Voraussetzungen für die Entstehung eines Konsensus. Zunächst muss die Gruppe in der Lage sein, "verborgene Traktanden" aufzudecken und sie, wenn möglich vor den tatsächlichen Traktanden behandeln. Es handelt sich dabei um Konflikte, bei denen sich herausstellt, dass ihre Ursache weniger auf sachlicher als auf "verborgener" emotionaler Ebene gründet. In der therapeutischen Gemeinschaft wird angestrebt, zuerst den verborgenen Gehalt eines Konfliktes möglichst aufzudecken. Allerdings geschieht das mit der Absicht, einen Konsensus für die erwünschten Entscheidungsprozesse zu ermöglichen. Dort, wo Entscheidungen nicht unter Zeitdruck getroffen werden müssen, lassen sie sich, bis zum Eintreffen eines Konsensus hinausschieben. Hingegen müssen u.U. sachlich notwendige Entscheide, wenn nicht anders möglich, vom Verantwortlichen allein in eindeutiger Weise getroffen werden. Zweitens ist es unumgänglich, die offene Kommunikation durch offenes "Feedback" zu fördern. Es ist darum sehr wichtig, den offenen Informationsfluss auf allen Ebenen der therapeutischen Gemeinschaft, auch in Bereichen, die sonst unter dem Siegel des Arztgeheimnisses verschlossen bleiben, zu garantieren. Selbstverständlich muss dabei, vorallem was die Informationen über Patienten angeht, das Behandlungsziel im Auge behalten werden. In Gruppen, in denen ein soziales Lernen bereits möglich ist, ist ein offener Informationsfluss ohnehin gewährleistet. Drittens ist es wichtig, Gerüchte, d.h. emotionalgefärbte Mitteilungen, die zum Teil auch auf Tatsachen basieren können, so rasch wie möglich durch wahre und offene Information zum Verschwinden zu bringen. Gerüchte verhindern den angemessenen Interaktionsprozess und stören die Gruppenkohäsion, die durch offene und wechselseitige Kommunikation mühsam erreicht worden ist. Schliesslich soll die Angst vor Sanktionen abgebaut werden.

In der therapeutischen Gemeinschaft bestehen Sanktionen nicht bloss in einer Bestrafung (z.B. Kündigung des Personals oder Entlassung eines schwierigen Patienten). Störende Verhaltensweisen, wie Anwendung von Gewalt unter Patienten sollen in der Gruppe offen angesprochen werden. Es ist oft möglich, durch Delegation von Verantwortung an die betroffene Gruppe lebendige Lernsituationen herbeizuführen, so dass die Konsequenzen eines abweichenden Verhaltens eine Reifungschance erst recht ermöglichen.

#### 2.1.1.6. Soziales Lernen:

JONES (1976) beschreibt soziales Lernen als eine durch inneres Bedürfnis oder inneren Stress motivierte wechselseitige Kommunikation, welche zu einem offenen oder versteckten Ausdruck von Gefühlen führt und kognitive (= erkenntnismässige) Prozesse sowie Verhaltensänderungen beinhaltet. Soziales Lernen umfasst etliches mehr als der Lernbegriff in der Lerntheorie bzw. als das Lernen in einer gewöhnlichen Lernsituation (z.B. in der Schule). Seine wesentlichen Merkmale sind die Berücksichtigung der Gefühlsebene in der zwischenmenschlichen Interaktion, das gegenseitige Vertrauen und die Bereitschaft aller an der sozialen Lernsituation Beteiligten, Erfahrungen, welche zur Verhaltensänderung führen, zuzulassen. Situationen, welche ein soziales Lernen ermöglichen, finden sich im Alltagsleben, besonders in einer Krise. Krisen zeichnen sich darin aus, dass sie in eine Katastrophe oder ein Unglück auszuarten drohen, wenn nicht gewisse psychologische oder organisatorische Schritte unverzüglich unternommen werden. Der (äussere wie innere) Druck, eine Veränderung herbeizuführen, dort wo Gefühle, Denken, Kommunikation und Interaktion einem Desintegrationsprozess unterliegen, kann die Chance einer "Neuordnung" erhöhen. Bei direkter Konfrontation zu einem richtiggewählten Zeitpunkt, einer Zulassung adäquater Gefühle und wenn die Beteiligten, die Bereitschaft bekunden, offen miteinander zu kommunizieren und ihr Rollenverständnis zu untersuchen, kann eine Krisensituation unter fachmännischer, neutraler Führung das soziale Lernen fördern. In einer psychiatrischen Klinik, in der krisenähnliche Situationen oft vorkommen, bietet sich die Möglichkeit an, solche lebendige

Lerngelegenheiten auf Alltagsprobleme anzuwenden. Patienten und Personal werden zur wechselseitigen Kommunikation sowie zum freien Ausdruck von Gefühlen angeregt. Die Bereitschaft der Personalmitglieder in der therapeutischen Gemeinschaft - hier vor allem jener, die in einem hierarchischen Spitalsystem als Autorität gelten - die eigene Rolle sowie das eigene Verhalten zu untersuchen und wenn nötig, neu zu überdenken, gestattet die Schaffung einer relativ angstfreien Atmosphäre. Die Teilnehmer erfahren in einem gruppendynamischen Prozess, dass Probleme offen miteinander besprochen werden können und dass der "gegnerische Standpunkt" u.U. seine stichhaltige Berechtigung hat. Schliesslich führen gemeinsame Entscheidungen (durch Konsensus) zum bestmöglichen Gleichgewicht, ohne dass es dabei "Gewinner" oder "Verlierer" im üblichen Sinne des Wortes gibt. Da sich alle lebendigen Lerngelegenheiten in einem zwischenmenschlichen Kontext ereignen, lässt sich soziales Lernen in jeder menschlichen Interaktion anwenden. Noch mehr. Wechselseitige Kommunikation, offene Gefühlsäusserung sowie die kritische Reflexion der eigenen Rolle lassen sich in jeder Gruppensituation üben. Die Gruppe kann sich vorzüglich als lebendige Lerngelegenheit eignen, wenn sie unter einer fachkundigen neutralen Führung steht. So lässt sich das soziale Lernen in allen Bereichen der therapeutischen Gemeinschaft anwenden. Nämlich in der therapeutischen Arbeit, in der Personalschulung, der Administration u.a.m.. Wie jedes Lernen unterliegt auch das soziale Lernen den Regeln der Verhaltensgeneralisation (WICKENS, 1943). Sobald der Einzelne, aber auch die für ihn relevante Bezugsgruppen (Berufsbereich, Abteilung, Familie etc.) das soziale Lernen praktiziert, gewinnt für sie eine Krisensituation an Bedeutung. Sie ist nicht bloss ein Krankheitssymptom, das behandelt werden muss, sondern sie kann vielmehr einen Uebergangszustand darstellen, der eine Gelegenheit zur psychischen Reifung anbietet (TYHURST, Role Transition States, 1958, zitiert nach JONES 1968, S. 95). Dies gilt sowohl für ein Individuum als auch für die gesamte therapeutische Gemeinschaft.

#### 2.1.1.7. Die therapeutische Gemeinschaft als ein System in ständiger Wandlung:

JONES (1975<sup>a</sup>) bemerkt, dass die Bedeutung der therapeutischen Gemeinschaft für ihn, weit über ihre Praktikierbarkeit in der Psychiatrie hinausgeht und zu einem Meilenstein im bedeutend breiteren Feld der Systemtheorie wurde. In der Tat enthält schon das Buch "Beyond the Therapeutic Community" (1968) ein Kapitel über "Die therapeutische Gemeinschaft in der Gemeinde". Spätere Publikationen (1975<sup>a</sup>, 1975<sup>b</sup>, 1976) befassen sich vermehrt mit der Anwendung der therapeutischen Gemeinschaft in der Schule, der Gemeinde sowie im gesamten Bildungswesen. Im Rahmen unserer Arbeit wenden wir uns der Milieugestaltung in einer psychiatrischen Klinik im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft zu. Auch hier lassen sich allgemeine Erkenntnisse der Systemtheorie anwenden. Die Definition der therapeutischen Gemeinschaft als ein System in ständiger Wandlung ist für unsere Untersuchung deshalb wesentlich, weil Milieuthérapie nicht die "Heilung einer Krankheit", sondern die Herbeiführung einer Veränderung durch soziales Lernen anstrebt. Eine wesentliche Voraussetzung für eine Veränderung liegt in einer ungehemmten menschliche Interaktion. Die therapeutische Gemeinschaft schafft die Bedingungen, in denen menschliche Interaktion möglich gemacht und gefördert wird. In keiner anderen Form menschlichen Zusammenlebens werden der Gruppenaktivität so viel Platz und Bedeutung zuerkannt. In dem die menschliche Interaktion im Rahmen gruppensystemischer Prozesse stattfindet, unterliegen sowohl die Gruppe als ganzes als auch das Individuum einem fortwährenden Veränderungsprozess. Wenn sich der Einzelne der Interaktion in der Gruppe entzieht, geht der Veränderungsprozess "an ihm vorbei".

2.0. Die Therapeutische Gemeinschaft in der psychiatrischen Klinik "Schlössli": Das Konzept von E. HEIM.

Die psychiatrische Klinik "Schlössli" (PKS) ist das erste psychiatrische Krankenhaus in der Schweiz, in dem seit 1968 ein umfassendes Konzept der therapeutischen Gemeinschaft für alle Abteilungen realisiert wird. Die Aufbauschritte der therapeutischen Gemeinschaft in der PKS sowie die Bedeutung dieser Entwicklung für die Klinikmitarbeiter, besonders für das im medizinischen Bereich tätige Personal wurde andersort ausführlich beschrieben (HEIM, 1976, 1977, 1978, sowie HEIM et al. 1978). Hier wollen wir die therapeutische Gemeinschaft in der PKS, wie sie sich zur Zeit unserer Untersuchung präsentierte, allgemein beschreiben. Eine Beschreibung der geschlossenen Akutaufnahmestationen, auf denen wir unsere Untersuchung führten, findet sich u.a. bei LILIENFELD, STAUFFACHER und WIRZ (1976, S. 41 ff).

2.1. Allgemeines:

Die PKS wurde 1889 als Familienpflegeheim von dem Pietisten Gottlieb Hinderer gegründet, der psychisch Kranke als Pfleglinge aufnahm. 1931 erfolgte der eigentliche Uebergang zu einer "Nervenheilanstalt" durch Erweiterungsbauten, darunter einen Spitaltrakt sowie durch die Einführung einer ärztlichen Leitung. Von 1954 bis 1968 wurde die PKS von Dr. H. Hinderer, dem Enkel des Begründers geführt. Nach seinem Unfalltod übernahm Prof. Dr. E. Heim als Chefarzt die medizinische Leitung, während dem administrativen Bereich eine Verwaltungsdirektion (z.Z. ein Verwaltungsdirektor) vorsteht. Die PKS versteht sich als ein nicht-gewinn-orientiertes Familienunternehmen. Die 1968 gegründete Familien AG. wird von einem Verwaltungsrat kontrolliert und ist im Gegensatz zu den meisten Kliniken der Schweiz ein echtes sich selbsttragendes Wirtschaftsunternehmen. Die Bestrebungen, die psychiatrische Versorgung im Kanton Zürich durch eine Regionalisierung zu verbessern, brachten für die PKS gewisse Veränderungen mit sich. Dem "Schlössli" ist die Region "Zürcher Oberland" (ca. 175'000 Einw.) zugeordnet. Seit 1979 besteht auch ein psychiatrisches Zentrum in Wetzikon, das ein Ambulatorium mit teilhospitalären Einrichtungen (Tagesklinik, Tageszentrum, gerontopsychiatrisches Ambulatorium) umfasst. Dieses von einem leitenden Arzt geleitete Zentrum sowie das "Bergheim für psy-

chisch Kranke" in Uetikon am See mit seinem 120 gerontopsychiatrischen Betten (beide Institutionen befinden sich im Umkreis von 8 km von der PKS) unterstehen ebenfalls der ärztlichen Leitung respektiv der Verwaltungsdirektion der PKS. Das Klinikareal umfasst ca. 50 Gebäude in Oetwil am See, einem Dorf mit etwa 1500 Einwohnern. Der heutige Klinikkomplex, der von der architektonischen Konzeption her eine Mischung aus Block- und Pavillon-system darstellt, bietet auf 18 Krankenabteilungen 380 Patienten Platz. Knapp die Hälfte sind Akutbetten (auf geschlossenen und offenen Abteilungen), ein Drittel gerontopsychiatrische und der Rest "chronische" Betten. Jährlich gelangen ca. 650 Patienten zur Aufnahme, wovon (bis 1977) ca. 30 % an Neurosen, ca. 20 % an Depressionen, ca. 15 % an Schizophrenie, ca. 15 % an Sucht- und der Rest an übrigen psychiatrischen Krankheiten leiden. Diese Zusammensetzung dürfte nach Beginn der Regionalisierung Mitte 1978 gewisse Änderungen erfahren haben, da weniger auswärtige (oft neurotische) Privatpatienten und mehr Patienten aus der Region (Suchtkranke, Depressionen, Adoleszentenkrisen und Psychosen) zur Aufnahme gelangen. Das therapeutische Angebot umfasst somatotherapeutische, psychotherapeutische und milieutheraeutische Verfahren. Dabei wird der Gruppentherapie neben der Einzeltherapie ein besonderes Gewicht beigemessen. Das therapeutische Konzept ist das der therapeutischen Gemeinschaft. Um die Behandlungs- und die Abteilungskonstanz zu gewährleisten, werden die Patienten möglichst bei der Aufnahme einer Abteilung zugewiesen, die für die Behandlung am besten geeignet ist (z.B.: Akut-aufnahmestation, offene Psychotherapieabteilung, Rehabilitationsabteilung etc.).

Die Mitarbeiter der Klinik umfassen im medizinischen Bereich 160 Personen. Es sind: 17 Aerzte (wovon 3 im Ambulatorium), zwei Psychologen (zeitweise waren in der Klinik drei Psychologen angestellt), vier Sozialarbeiterinnen, zwei Physiotherapeutinnen und 11 Mitglieder der Ergotherapie, die alle auf den verschiedensten Abteilungen weitgehend integriert sind und dem Team zugehören. Von den 120 Schwestern und Pflegern, welche auf den geschlechtlich weitgehend gemischten Abteilungen arbeiten, befinden sich etwa 50 in ihrer Ausbildung zum Pflegeberuf. Vier Mitarbeiter (Aerzte und Psychologen) führen in Teilzeitarbeit (zusätzlich zu ihrer regulären Anstellung in der Klinik) kleine

Forschungsprojekte durch. Medizin- und Psychologiestudenten werden durch Lehrveranstaltungen sowie Praktika in Psychiatrie und klinischer Psychologie ausgebildet. Der Verwaltungs- und betriebs-technisch-wirtschaftliche Bereich umfasst 100 Mitarbeiter. Die sozial-psychiatrische Einrichtungen der Klinik umfassen nebst einer Rehabilitationsabteilung auch zwei "Wohnheime" ausserhalb der Klinik (die Eröffnung eines zweiten Wohnheims erfolgte im Frühling 1980). Die Wohnheime sowie die Wiedereingliederungswerkstätten werden von einem "sozialpsychiatrischen Verein" getragen, dessen Führung dem Chefarzt (als Präsident) und der Leiterin des Sozialdienstes der Klinik (als Aktuarin) obliegt. Dieser Verein unterstützt auch die "Oeffentlichkeitsarbeit", deren Ziel es ist, die Bevölkerung der Region mit Fragen der Psychiatrie sowie mit Problemen der Psychiatriepatienten vertraut zu machen.

Im März 1978 verliess Prof. Heim die Klinik und übernahm eine Professur in Bern. Sein Nachfolger ist Dr. A. Billeter. Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft wird auch z.Z. weiterverfolgt.

## 2.2.2. Die Milieuthherapie:

### 2.2.2.1. Zur Begriffsklärung:

Das wichtigste therapeutische Prinzip, das in der PKS zur Anwendung kommt ist die Milieuthherapie (HEIM, 1977. ISELE und SCHMID, 1978). Es scheint uns wichtig, den Begriff "Milieuthherapie", der oft in einem Atemzug mit der therapeutischen Gemeinschaft erwähnt wird, näher zu klären. JØRSTAD (1974) führt aus: "Milieu work is not a psychotherapeutic method, but an offer of human contact, interpersonal training and working fellowship" (S. 286). In Ergänzung zur psychotherapie, in der das Ziel in der Erweiterung des Autonomiegrades, in der Reife und Fähigkeit des Patienten, seine Lebensmöglichkeiten frei zu wählen, liegt, verfolgt die Milieuthherapie das Ziel "more to teach the patient about the interaction between himself and others, and thereby train him to social skills and roles that he has either never learned or lost due to temporary ego - regression" (S. 286). Es versteht sich von selbst, dass eine solche Zielsetzung nur in einem entsprechend gearteten Milieu realisierbar ist. Sie ist

überhaupt erst möglich auf dem Hintergrund eines bestimmten Konzeptes hinsichtlich der Entstehung psychischer Erkrankungen. So JØRSTAD: "Unsere Bemühungen, Verantwortung und Autorität zu demokratisieren, vereinigen sich mit der Auffassung, dass die psychische Krankheit meist durch Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen entsteht" (1978, S. 117). Die Zielsetzung der Milieuthherapie formuliert JØRSTAD wie folgt: "Sowohl den 'Kranken' zu stärken und ihn in sein normales Milieu zurückzuführen (Familie, Beruf), wie auch seine menschliche Ressourcen frei zu machen und weiter zu entwickeln. Das letzte bezieht sich sowohl auf das Personal als auch auf die Patienten" (1978, S. 117). Letzteres ist besonders wichtig, denn es handelt sich hier um einen Prozess, der in gleichartigem, wenn auch nicht in gleichwertigem Ausmass Patienten und Personal beeinflusst.

#### 2.2.2.2. Milieuthherapie in der PKS:    A. Leitvorstellungen:

In der PKS wird versucht, die Prinzipien einer besonderen Art von Milieuthherapie, die der therapeutischen Gemeinschaft, zu verwirklichen. HEIM (1977) nennt hier vier wesentliche Prinzipien, die wir kurz darstellen wollen.

##### (a) Förderung der zwischenmenschlichen Verständigung, der Kommunikation:

Obwohl der Mensch von seiner Natur aus und von den von ihm entwickelten Lebensformen her ein soziales Wesen ist, das auf adäquate Verständigung angewiesen ist, gibt er sich im allgemeinen keine Rechenschaft darüber, wie er sich mit seinen Mitmenschen verständigt. Dort, wo Verhaltensweisen gestört sind - und das ist in einer psychischen Erkrankung der Fall - muss er zuerst erkennen lernen, wie er sich überhaupt verständigt. Solche Verständigungsformen sind verbal und nonverbal, sie erfolgen manchmal bewusst und auf ein bestimmtes Ziel gerichtet, nicht selten aber unbewusst und ohne erkennbare Bedeutung. In der psychiatrischen Klinik bemüht sich das Team bewusst um klare Verständigung. Das Wissen über den Patienten wird gemeinsam vom Team (Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Arzt und Psychologe) diagnostisch und therapeutisch ausgewertet. Verständigungsfragen gibt es nicht nur zwischen Patienten und Personal. Oft müssen Verständigungsschwierigkeiten innerhalb des Personals wie auch zwischen den Patienten selbst geklärt werden, um eine Kommuni-

kation möglich zu machen. Darum sollen Spannungen und Meinungsverschiedenheiten aller Art offen und direkt angesprochen werden. Entsprechend soll die Verständigung mit dem Patienten offen und ehrlich sein und auf allen Ebenen sachliche und kritische Beiträge akzeptiert werden.

(b) Schaffung lebendiger Lerngelegenheiten: Soziales Lernen.

In psychodynamischer Betrachtungsweise sind alle Ereignisse des vierundzwanzigstündigen Abteilungslebens für Patienten und therapeutisches Team wichtig. Sie können für alle Beteiligten eine wichtige Lerngelegenheit darstellen, wenn sie in Begriffen von menschlicher Verständigung oder innerpsychischer Motivation beleuchtet werden. In verschiedenen Gruppenprozessen werden solche lebendigen Lernsituationen von Patienten und Personal praktiziert. Sie können dabei Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen erkennen und ihre Umwelt im Sinne realitätsgerechter zwischenmenschlicher Beziehung beurteilen lernen. Auch für das Team sind solche Lerngelegenheiten wichtig. Zunächst können dabei jüngere bzw. neue Teammitglieder von ihren erfahrenen Kollegen angeleitet werden, gestörte Kommunikationsweisen zu erkennen und mit ihnen umzugehen. Durch die Teilnahme an Abteilungsversammlungen und an therapeutischen Gruppen muss sich das Team der kritischen Analyse aller Teilnehmer stellen und sie auch nicht selten akzeptieren. Schliesslich können dabei "interdisziplinäre" Erfahrungen gemacht werden, was z.B. dazu führt, dass auch Nichtärzte therapeutische Funktionen übernehmen können.

(c) Förderung der sozialen und Gruppenbeziehungen: Gruppenaktivitäten:

Wie JONES (1968) betont HEIM (1978), dass die psychiatrische Klinik mit ihren Mitgliedern, Patienten und Personal, als Teil der sie umgebenden Gesellschaft verstanden werden muss. "Der Patient, der sein gestörtes Verhalten aus dieser Gesellschaft in die Klinik mitbringt, soll hier seiner sozialen Verantwortung nur insoweit enthoben werden, als dies auf Grund seiner Krankheit notwendig ist" (HEIM, 1977. S. dazu auch HEIM 1976, sowie PARSONS, 1951<sup>a,b</sup>). Therapeutische Anlässe sollen im Sinne eines sozialen Lernprozesses realitätsnah bleiben und auf Gesellschafts- und Persönlichkeitsrechte ausgerichtet bleiben. Nur so lässt sich der Gefahr zuvorkommen, die sich einerseits in Regression bzw.

Hospitalismus, andererseits in einer Psychotherapie ausdrückt, welche den Patienten in irreparable Konflikte mit seiner natürlichen sozialen Umgebung führt. Der geeignete Ort, in dem soziale Beziehungen gelernt werden können, ist die Gruppe. Hier können die Patienten ein partnerschaftliches Rollentraining erfahren. Der gesamte Bereich des Zusammenlebens in der Klinik findet praktisch in der Gruppe statt: Die Gruppentherapie, die Abteilungsversammlung, die Ergotherapie. Die Mahlzeiten werden in der Gemeinschaft eingenommen, die Ausflüge oder die Abendstunden in der Gruppe verbracht. Gruppenprozesse sind auch für das Team von grosser Bedeutung. Das Personal nimmt an den meisten Gruppenanlässen teil und kann dabei das soziale Rollentraining unterstützen, wenn auch dabei eine klare Rollentrennung zwischen Patienten und Personal erkennbar bleibt. In Rapporten, Teambesprechungen sowie in den auf eine Abteilungsversammlung oder eine Gruppentherapie folgenden Nachbesprechungen hat auch das Personal Gelegenheit, das eigene Verhalten, die Form von Verständigung sowie die eigene Rolle zu reflektieren und - wenn nötig - realitätsgerecht zu modifizieren.

(d) Abbau erstarrter hierarchischer Strukturen:

Wie bereits oben dargestellt (JONES, 1968), orientiert sich die überlieferte psychiatrische Anstalt an hierarchischen Strukturen in welchen die Kommunikation von oben nach unten geschieht. Dies ist in der therapeutischen Gemeinschaft nicht der Fall. Sie trägt der Tatsache Rechnung, dass das Verhalten der meisten Patienten in der Klinik nur unwesentlich vom Verhalten der übrigen Bevölkerung abweicht. Dies ist deshalb der Fall, weil die heutigen psychiatrischen Kliniken Patienten eines breiten diagnostischen Spektrums aufweisen und nicht nur solche, die wegen Selbst- oder Fremdgefährdung "eingesperrt" werden müssen. Dazu kommt auch die Tatsache, dass bei angemessener medikamentöser Behandlung auch bei psychotischen Patienten schon kurze Zeit nach der Akutaufnahme kaum destruktive oder massiv abweichende Verhaltensweisen auftreten, welche sich der Einwirkung eines sozialen Lernprozesses entziehen. Die Wechselbeziehungen in der Gruppe sind insofern ein Charakteristikum der Milieuthherapie im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft, als sie in allen Bereichen der Klinik stattfinden. Die Leitung einer solchen Klinik muss des-

halb innerhalb der gegebenen Strukturen eine Flexibilität zulassen, die offene Kommunikation, Ideenreichtum und Initiative aller Mitarbeiter ermöglicht. Dies hat in mancherlei Hinsicht konkrete Veränderungen in den Entscheidungsprozessen, im Umgang mit neuen, bzw. unerfahrenen Mitarbeitern sowie im Rollenverständnis bewirkt (HEIM, 1976, 1977). Neueintretende Mitarbeiter, die noch nicht betriebsblind sind, können neue, oft ungewöhnliche Ideen vertreten. Entscheidungen werden nicht fern von Patienten (=zentralistisch), sondern soweit möglich an jenen Bereich, in dem sie sich aufdrängen, delegiert. Die therapeutischen Einheiten (Abteilungen, verschiedene Gruppen etc.) müssen so klein und überschaubar wie möglich bleiben, damit hier Therapeuten und Patienten die gemeinsame Verantwortung für das Alltagsleben mittragen können. Damit gelangen wir zur Frage der Mitverantwortung von Patienten. In der therapeutischen Gemeinschaft ist dem Patienten soweit Verantwortung zu überlassen, wie er zu tragen vermag. Das ist an sich gar keine einfache Angelegenheit, denn wo und wie soll nun entschieden werden, wieviel an Verantwortung ein Patient tragen kann. Die Erfahrung zeigt, dass es sich hier nicht um eine statische Situation, sondern um einen dynamischen Entwicklungsprozess handelt. Dadurch, dass Patienten für sich und andere sorgen helfen und an Entscheidungen des Abteilungslebens teilhaben und dadurch, dass ihnen so wenig Freiheit wie möglich beschnitten wird (Ausgangs- und Urlaubsentscheide werden in Patientengruppen zumindest beraten), werden ihre gesunden Ich-Anteile erhalten und weiter gefördert. Dies hilft das meist angeschlagene Selbstgefühl der Patienten zu stärken und die Abhängigkeit von Bezugspersonen (Familienangehörigen, Arzt oder Pfleger in einer custodialgeführten Klinik etc.) kann zugunsten einer sozialen Mitverantwortung abgebaut werden. Es liegt auf der Hand, dass solche Schritte die Resozialisierung begünstigen. Um diesen Prozess optimal herbeizuführen, muss zunächst der Krankheitszustand des Patienten berücksichtigt werden und dessen Behandlung auf einer diesem Zustand angemessenen Abteilung erfolgen. So wird verhindert, dass Patienten durch allzugrosse Selbstverantwortung überfordert und - was in einem solchen Fall verständlich wäre - sich aus Angst und Unsicherheit zurückziehen würden. Die Förderung der Mitverantwortung und der Abbau hier-

archischer Strukturen bedeuten indessen nicht, dass innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft jegliche Autorität ausgeschlossen ist. Wie in jeder Gemeinschaft ist auch in der Klinik die Verantwortlichkeit nach der Rolle des Einzelnen verschieden. Chefarzt oder Abteilungsschwester/Pfleger müssen ihre Autorität dort einsetzen, wo es die therapeutischen und organisatorischen Prinzipien zu verwirklichen gilt. Autorität soll hier nicht willkürlich, sondern angemessen und verstehend angewendet werden. Vielleicht ist es hier sogar zutreffend anstelle von Autorität von einer fachlichen und persönlichen Kompetenz hinsichtlich der zu treffenden Entscheidung zu sprechen.

#### 2.2.2.3. Milieuthérapie in der PKS: B. Grad der Verwirklichung:

Nach dem wir die Leitvorstellungen der Milieuthérapie an der PKS dargestellt haben, interessiert uns die Frage, ob diese, teilweise oder ganz im "Schlössli" auch verwirklicht werden konnten.

1975, also 7 Jahre nach Beginn der Einführung der Milieuthérapie in der PKS, führten LILIENFELD, STAUFFACHER und WIRZ auf drei Abteilungen eine Untersuchung durch, deren Ziel die Feststellung des Grades der Verwirklichung der Prinzipien der Milieuthérapie im "Schlössli" war. Nachfolgend wollen wir, einen Teil ihrer Ergebnisse kurz zusammenfassen (LILIENFELD, STAUFFACHER und WIRZ, 1976. S. auch HEIM et al. 1976 sowie 1978).

##### (a) Förderung der zwischenmenschlichen Verständigung, der Kommunikation

Eine offene Kommunikationsmöglichkeit setzt die Basis einer vertrauensvollen und freundschaftlichen Atmosphäre voraus. Im allgemeinen wirkte die Atmosphäre in den untersuchten Abteilungen auf die Beobachter freundlich. Der Informationsaustausch, als Grundlage zu einer möglichen Reflexion über das Geschehen, wie auch zu einem Gespräch, an dem sich alle Mitglieder der Klinik beteiligen können, war insofern in befriedigender Weise vorhanden, als alle Mitglieder der Klinik über das alltägliche Leben auf der Abteilung informiert waren. Informative Mitteilungen wurden meist klar vermittelt, Unklarheiten konnten rasch eruiert werden, so dass im Endeffekt die "Klarheit der Mitteilung" gewährleistet wurde. Der Aus-

druck persönlicher Erlebnisse und Erfahrungen war unter den Patienten üblicher als unter dem Personal, das beispielsweise gegenüber persönlicher Aussprache über Arbeitsprobleme eher zurückhaltend war. In diesem Punkt konnte also die theoretische Anforderung der therapeutischen Gemeinschaft vom Personal nur teilweise erfüllt werden. LILIENFELD, STAUFFACHER und WIRZ führen diesen Umstand darauf zurück, dass das Personal unsicher ist, wo die Grenze zwischen Arbeitsproblemen und persönlichen (nicht nur auf die Klinik bezogenen) Schwierigkeiten liegt. Sie schlagen eine geeignete Supervision vor, die zur Klärung dieser Frage beitragen kann. Bis auf diesen Punkt kann jedoch gesagt werden, dass die theoretische Forderung der Therapeutischen Gemeinschaft nach offener Kommunikation in der PKS weitgehend erfüllt ist.

(b) Schaffung lebendiger Lerngelegenheiten: Soziales Lernen.

Das Prinzip des sozialen Lernens innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft, wonach ein Milieu geschaffen werden sollte, in dem neue Erfahrungen gesammelt werden können, die sozial korrigierend wirken, ist sehr anspruchsvoll. Denn dies hängt nicht bloss vom reichhaltigen Gruppenangebot ab, sondern vielmehr von den zwischenmenschlichen Beziehungen, die sich in diesen Gruppen entwickeln. Diese hängen wiederum von den Persönlichkeitsvariablen aller Beteiligten ab. Somit liegt die Möglichkeit, soziales Lernen zu verwirklichen, bei den einzelnen Mitgliedern, die je nach ihrer Persönlichkeit das Lernangebot der Gruppe, als "Modell" oder "Empfänger" mitgestalten. Die Untersuchung in der PKS zeigt, dass von den Rahmenbedingungen her, nämlich durch die Gruppenangebote, vielfältige Lernmöglichkeiten gefördert werden. Hingegen fiel die Realisierung von lebendigen Lerngelegenheiten sehr unterschiedlich aus. In den Gruppen wurde oft die Gelegenheit benützt, den Patienten ihr eigenes Verhalten und ihre Emotionen zugänglich zu machen, bzw. neue Formen der Konfliktbewältigung zu finden. Gemeinsam mit dem Team konnten die Patienten in den Abteilungsversammlungen über Fragen des Alltags reflektieren und nach neuen Lösungen suchen. Dabei wurden affektive Äusserungen zugelassen und in ihrer Bedeutung für den gemeinsamen Lernprozess

anerkannt. Durch das Erleben des Abteilungsalltags als "gemeinsame Sache" wurden alle Mitglieder zur Aktivität in dessen Gestaltung animiert. Aus dem Verhalten des Personals wurde indessen deutlich, wie sehr die Fähigkeit eines Teammitgliedes, soziales Verhalten vorzuleben, von der eigenen Persönlichkeit abhängt. Während extravertierte, risikofreudige Teammitglieder zum sozialen Lernprozess aktiv beitrugen, machte sich bei introvertierten und unsicheren eine Zurückhaltung bemerkbar. Dass es solche Unterschiede auch unter Patienten gibt, versteht sich von selbst. Doch kann eine Unsicherheit und Zurückhaltung seitens des Teams auf die Realisierung lebendiger Lerngelegenheiten hemmend wirken. Auch hier kann eine geeignete Supervision, zusammen mit einer gründlichen Schulung der Mitarbeiter (einschliesslich Selbsterfahrungsgruppen) eine echte Stütze anbieten.

(c) Förderung der sozialen - und Gruppenbeziehungen:  
Gruppenaktivitäten:

Wie bereits wiederholt ausgeführt, spielt sich das Alltagsleben im Milieu im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft weitgehend in den Gruppenaktivität ab. Ueber die Vielfalt der praktischen Gruppenarbeit in einer therapeutischen Gemeinschaft haben KEYSER et al. (1973) in einer sehr anschaulichen Arbeit berichtet. HEIM (1977) bezeichnet die verschiedenen Gruppen als "Instrumente der therapeutischen Gemeinschaft" (S. 229). Wir wollen hier kurz das Gruppenangebot in der PKS und seine Funktion darstellen.

(i) Die Abteilungsversammlung: Darin nehmen alle Patienten sowie das gesamte therapeutische Team teil. Sie findet meist einmal wöchentlich statt. In ihr können alle Vorkommnisse im Abteilungsleben erörtert werden, seien sie therapeutischer oder organisatorischer Natur (Das Verhalten von Patienten, Ausgangsfragen, Probleme der Abteilungsordnung bzw. der Alltagsplanung etc.). Soweit möglich soll mittels der Abteilungsversammlung eine Art von "Selbstverwaltung" praktiziert werden. Sie ist der Ort zum Austausch wichtiger Informationen und kann durch diese kommunikative Funktion das Gefühl des Zusammenlebens fördern. Auf die Abteilungsrealität gerichtete Fragen können hier diskutiert und in Zusammenarbeit von Patienten und Perso-

nal gemeinsam gelöst werden. Die Abteilungsversammlung wird von einem aus dem Patientenkreis gewählten Präsidenten (oder einer Präsidentin) geleitet. Verschiedene Belange können auch von einem Patienten und Personal zusammengesetztes Komitee weiterbearbeitet werden und zur Ausführung gelangen. Obwohl die Abteilungsversammlung nach gruppendynamischen Gesetzmässigkeiten verläuft, wird hier auf deren Aufdeckung bzw. auf "Deutungen" verzichtet. Sie hat die Aufgabe eines Konsultativs- und soweit wie möglich eines Mitentscheidungsorgans inne.

(ii) Die therapeutische Gruppe: Oft ist es schwierig, die therapeutische Gruppe von der Abteilungsversammlung abzugrenzen. Je nach Abteilung und fachlicher Erfahrung des therapeutischen Teams können hier Fragen der zwischenmenschlichen Beziehungen auf der Abteilung verbal angegangen und bearbeitet werden. Persönliche Probleme eines Teilnehmers können hier ebenfalls angesprochen werden. Verschiedene gruppentherapeutische Techniken (Rollenspiel, Selbstbehauptungstraining, u.U. auch Gestaltmethoden etc.) bieten hier die Möglichkeit lebendiger Lernsituationen an. In der Ergotherapiegruppe, die wir ebenfalls zu den "therapeutischen Gruppen" zählen, werden die Teilnehmer zur manuell-kreativen Aktivität angeregt. In individuellen Arbeiten sollen persönliche Fähigkeiten gefördert werden, was zur Hebung des Selbstgefühls und zur Ich-Stärkung führen kann. In Gruppenarbeiten wird die Zusammenarbeit (Rücksichtsnahme und gegenseitige Abgrenzung) praktiziert. In Kochgruppen, themenzentrierten Besprechungen und Ausflügen (Wanderungen, Theater- und Ausstellungsbesuchen) können Alltagssituationen ausserhalb der Klinik ebenfalls erlebt und geübt werden. Durch den Einbezug der äusseren Realität können Entlassungen schrittweise und sinnvoll vorbereitet werden.

(iii) Die Teambesprechungen: In der PKS finden auf den meisten Abteilungen tägliche Teambesprechungen statt. An diesen nimmt das gesamte therapeutische Personal teil (Arzt, Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologe). Bei einigen dieser Besprechungen steht der fachlicher Informationsaustausch im Vordergrund (z.B. beim täglichen Rapport), andere dienen der Klärung der Beziehungen mit den Patienten (z.B. Fall- und Nachbesprechungen der Abteilungsversammlung bzw. der therapeutischen

Gruppen), während in den sog. "Teamsitzungen" oft Fragen der Zusammenarbeit und der Interaktion innerhalb des Personals zur Sprache kommen. Auch hier ist die gegenseitige Abgrenzung verschiedener Teambesprechungen nicht einfach. Das Verhalten des Personals gegenüber einem Patienten hängt in der therapeutischen Gemeinschaft nicht nur von der relevanten diagnostischen Information ab. Vielmehr wird es durch die zwischenmenschlichen Beziehungen, die sich auf der Abteilung abspielen, beeinflusst. Oft stellt man fest, dass das Verhalten der Patienten die Interaktionen innerhalb des Teams beeinflussen können. Es gilt, solche Prozesse, die nach gruppendynamischen Gesetzmässigkeiten ablaufen, in den verschiedenen Teambesprechungen aufzuhellen und zu erkennen, um mit ihnen adäquat umgehen zu können. Oft werden Spannungen oder Probleme innerhalb des therapeutischen Teams in einer Teamsitzung aufgegriffen. Die "interaktive" Funktion der Teamsitzung besteht darin, dass diese das emotionale Gefälle im Team selbst aufzeigt und eine Klärung herbeiführt. Trotz solcher intensiver Interaktionsmöglichkeit ist eine Teambesprechung keine Selbsterfahrungsgruppe. Verschiedene Selbsterfahrungsgruppen für Mitglieder des therapeutischen Teams werden von der PKS unterstützt und von einem auswertigen Therapeuten ausserhalb der Klinik geführt.

(iiii) Klinikzentrierte Besprechungen: Diese sind vor allem der tägliche grosse Aerzterapport, sowie die wöchentliche Teamsitzung des mittleren Klinikaders mit der medizinischen Leitung. Darin nehmen diejenigen Mitglieder des therapeutischen Teams aller Abteilungen teil, welche auch ausserhalb ihres unmittelbaren Abteilungsbereiches Verantwortung tragen (Aerzte, Oberpflegepersonal, Sozialarbeiter, Psychologen). Diese Kontakte sind besonders wichtig, da sich der Alltag der Patienten nicht nur auf die Abteilung beschränkt, sondern sie mit verschiedenen Institutionen und Mitgliedern der Klinik in Kontakt bringt (leitende Aerzte, Sozialdienst, psychologischer Dienst, Verwaltungsbereiche etc.). In besonderen Situationen, wo Entscheidungen zur Diskussion stehen, die für die Klinik als gesamtes wesentlich sind, können auch Personalversammlungen einberufen werden.

LILIENFELD, STAUFFACHER und WIRZ stellen fest, dass "die Pa-

tienten einen grossen Teil des Morgens und des Nachmittags in den Gruppen verbringen. Auch die übrige Zeit verbringen die Patienten teilweise in Gruppen" (1976, S. 241). Da in der Gruppe das gegenseitige Verständnis ("Kommunikation") und das soziale Lernen gefördert und der Abbau hierarchischer Strukturen angestrebt wird, kann man wohl zustimmen, dass in der PKS die Gruppensituation einen wichtigen Platz einnehmen. Allerdings steht eine differenzierte "Betrachtung der therapeutischen Nutzung der verschiedenen Gruppenprozesse" noch aus (S. 241).

(d) Abbau erstarrter hierarchischer Strukturen:

Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen insgesamt die Hypothese, dass in der PKS zwischen den Aerzten; Patienten und Personal ein partnerschaftliches Verhältnis besteht. Somit scheint hier im grossen und ganzen ein wichtiges Teilziel des Abbaus hierarchischer Strukturen erreicht worden zu sein. Dennoch zeigt eine genaue Beobachtung, dass in diesem Bereich noch einige Lücken vorhanden sind. Die Mitentscheidung ist nicht auf allen Gebieten durch alle Mitglieder der therapeutischen Gemeinschaft verwirklicht. Zwar zeigen die Patienten Interesse für die Mitentscheidung in gewissen organisatorischen (Abteilungsstruktur, Ausgangsregelungen) bzw. zwischenmenschlichen Belangen (Haltungen gegenüber einzelnen Patienten), doch waren sie weniger an gemeinsamer Planung von Aktivitäten interessiert. Offensichtlich ist es schwierig, Entscheidungsprozesse derart zu gestalten, dass sich alle Mitglieder aktiv daran beteiligen. Zudem will gemeinsames Entscheiden gelernt sein und muss vom Team gefördert werden. Zusammenhänge zwischen Mitentscheidung und Mitverantwortung konnten nachgewiesen werden, wobei gezeigt wurde, dass sich alle Mitglieder für die Patienten mitverantwortlich fühlen. Diese Mitverantwortung wird in Prozessen des therapeutischen Bereiches von den verschiedenen Mitgliedern auf unterschiedliche Art getragen. Das Konzept der Autonomie und Selbstständigkeit erwies sich in der Untersuchung als schwer fassbar, dies umsomehr als es oft im dialektischen Widerspruch zu den angestrebten Gruppenaktivitäten steht. Selbstständiges Handeln konnte hin und wieder beobachtet werden. Das selbstständige Denken zeigte sich in vielen Äusserungen der Patienten und des Personals während der Gruppensitzungen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die von HEIM (1977) formulierten Leitvorstellungen der therapeutischen Gemeinschaft in der psychiatrischen Klinik Schlössli weitgehend verwirklicht werden konnten.

### 3. 0. Definition und Bestimmung eines therapeutischen Milieus ("Milieu") im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft

Im Gegensatz zu KARASU et. al. (1976), die die Schwierigkeiten, einheitlicher Charakteristika zur Beschreibung einer therapeutischen Gemeinschaft betonen, haben wir in den von HEIM et al. beschriebenen Prinzipien (1975, 1978) eine brauchbare Definition einer Milieuthérapie im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft. Die zitierte Untersuchung von LILIENFELD, STAUFFACHER und WIRZ (1976) weist auch nach, dass diese Prinzipien in der PKS weitgehend realisiert werden konnten. Unsere Untersuchung über das Verhalten zweier schizophrener Typen im Milieu wurde in der PKS durchgeführt. Das "Milieu" der von uns in die Untersuchung einbezogenen Akut-Aufnahmestationen entspricht demjenigen von HEIM beschriebenen. Nachfolgend wollen wir nun dieses "Milieu" definieren:

#### 3.1. Förderung der Offenen Kommunikation:

Diese ist bedingt durch:

- (a) Die Informationsdichte. Die vorhandene Information wird mitgeteilt.
- (b) Persönliche Mitteilung, persönliche Orientierung. Offene Aussprache von zwischenmenschlichen Problemen, Gefühlen und persönlichen Erfahrungen.
- (c) Klarheit der Mitteilungen, welche sprachlich und inhaltlich möglichst allen Mitgliedern verständlich sein soll.

#### 3.2. Soziales Lernen:

Ein soziales Lernen wird im "Milieu" angestrebt und gefördert durch:

- (a) Kontinuierliche Reflexion über das eigene Verhalten so wie über das Geschehen im "Milieu".
- (b) Mitbeziehung der Affektivitätsebene mit dem Ziel, mit eigenen und fremden Gefühlen umgehen zu können.
- (c) Aktivierung der Patienten, welche sich innerhalb der alltäglichen zwischenmenschlichen Beziehungen im "Milieu" abspielt.

#### 3.3. Förderung von Gruppenaktivitäten verschiedener Art. Die therapeutische Gemeinschaft sieht die Gruppe als den geeigneten Ort

für das Verständnis des eigenen und des fremden Verhaltens, wie auch für die Uebung neuer Verhaltensweisen.

2.3.4. Abbau hierarchischer Strukturen:

Dieser soll erfolgen durch die Förderung von:

- (a) Mitentscheidung, möglichst in allen Bereichen des Alltagslebens.
- (b) Mitverantwortung aller sich im "Milieu" beteiligenden Mitglieder für das Alltagsgeschehen.
- (c) persönliche Autonomie und Selbstständigkeit im Denken und Handeln, bei den Patienten und beim Personal.

## Persönlichkeitsvariablen und soziales Verhalten

=====

Aus der in Kapitel 2 erfolgten Beschreibung der therapeutischen Gemeinschaft wurde die Wechselbeziehung zwischen dem Individuum und dem Milieu im therapeutischen Prozess deutlich. Einerseits übt das Milieu der therapeutischen Gemeinschaft einen Einfluss auf das Individuum aus, andererseits sind es eben die gleichen Individuen, die das Milieu der therapeutischen Gemeinschaft ausmachen und dessen Merkmale prägen. Wir haben es hier mit einem Wechselwirkungsprozess zwischen Individuen (= "Person", wenn auch in der Mehrzahl) und einer ökologischen Situation (= "Milieu") zu tun. Innerhalb dieses Prozesses entwickeln sich dauernd verschiedene Formen sozialen Verhaltens. Soziale Verhaltensweisen bewusst zu machen, sie zu überprüfen und wenn nötig sie sinnvoll und realitätsgerecht zu modifizieren, ist ein immanenter Prozess der therapeutischen Gemeinschaft. Nun ist die Frage nach den Eigenschaften (= Merkmalen) der Persönlichkeit, deren Verhalten diesem Prozess unterzogen werden soll, von grosser Bedeutung. Die differenzielle Psychologie, vor allem die Persönlichkeitspsychologie, hat Persönlichkeitstheorien hervorgebracht, die sich mit der Frage der Eigenschaften von "Typen" auseinandersetzen und gewisse Vorhersagen, sowohl hinsichtlich ihrer Verhaltensformen als auch ihrer Psychopathologie anstreben. In der Psychiatrie werden die KRETSCHMER'schen Konstitutentypen mit bestimmten Krankheitsbildern (Pykniker mit Manisch-Depressiven, Leptosome mit Schizophrenen) assoziiert. Andere Persönlichkeitsmodelle, die auf Grund kognitiver Beschreibungsmerkmale (z.B. WITKIN'S psychologische Differenzierung) bzw. faktorenanalytisch (z.B.: EYSENCK'S Faktorenmodell) entworfen wurden, befassen sich wesentlich differenzierter mit den Persönlichkeitseigenschaften und den Möglichkeiten der Verhaltensvorhersage. Es liegt auf der Hand, dass erst die möglichst genaue Kenntnis, sowohl der Persönlichkeit, als auch der situativen Merkmale, die Klärung der Interaktionsprozesse sowie deren Modifikationsmöglichkeit herbeiführen kann.

Im folgenden Kapitel werden wir uns mit der Frage der Wechselbeziehung zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Situationsvariablen, aus welcher sich das soziale Verhalten ergibt, befassen. Zwei Persönlichkeitsmodelle, die diese Wechselbeziehung berücksichtigen, werden kurz referiert, worauf einige Überlegungen zur Verhaltensstimulation schizophrener Patienten folgen. Dazwischen wird der Begriff "soziales Verhalten" umschrieben und einige Methoden der Erfassung sozialer Verhaltenseigenschaften geschildert.

### 3.1.0. Die Rolle von "Persönlichkeitsvariablen" und ökologischen Situationen" für das soziale Verhalten.

#### 3.1.1. Sozialpsychologische vs. persönlichkeitspsychologische Ansätze:

Seit ihrem Beginn als wissenschaftliche Disziplin umfasste die Psychologie zwei Hauptkonzepte zum Studium menschlichen Verhaltens. Beide Richtungen sind unter verschiedenen Bezeichnungen bekannt. (Experimental versus Correlational - CORNBACH, 1957., "mind in general" versus "mind in particular" ALLPORT, 1937 etc.). Sie lassen sich am anschaulichsten wie folgt beschreiben:

- (1) Es sollen allgemeine gemeinsame Verhaltensprinzipien, die für die meisten Menschen in den meisten Situationen gelten, herausgearbeitet werden. Dieses Anliegen wird von der ökologisch-situativ-orientierten Forschungsrichtung vertreten.
- (2) Es wird die Aufzählung von Merkmalen angestrebt, welche Personengruppen, ev. sogar einzelne Personen voneinander unterscheiden. Solche Merkmale, die man als "Persönlichkeitseigenschaften" bzw. "Persönlichkeitsvariablen" formulieren möchte, werden vorallem von der persönlichkeitsorientierten Forschungsrichtung postuliert.

In der Beobachtung eines Ereignisses hinsichtlich des sozialen Geschehens unterscheiden sich die beiden Richtungen auch methodologisch. Ökologisch-situativ steht die Untersuchung von Reaktionen (=Handlungen, Verhalten) in einem Milieu, das man experimentiell verändern kann, im Vordergrund. Hingegen interessieren sich die Persönlichkeitsforscher für die Beziehungen

zwischen beobachteten oder gemessenen individuellen Eigenschaften und für deren Einfluss auf das Verhalten. Ferner streben beide Konzepte eine zuverlässige Verhaltensvorhersage an, indem situative bzw. prädispositionelle Bedingungen für das Verhalten untersucht werden. Während sich die Sozialpsychologie mit der Erforschung situativer Bedingungen befasst, wendet sich die Persönlichkeitspsychologie der Klärung prädispositioneller Bedingungen zu.

Vor allen die Sozialpsychologie hat sich mit der Untersuchung gruppendynamischer Vorgänge befasst. Die zeitgenössische Sozialpsychologie kann heute als ein Produkt zweier theoretischer Konzepte verstanden werden (BLASS, 1977b), nämlich des Behaviorismus sowie der Gestaltpsychologie im Sinne KURT LEWIN'S. Beide Theorien heben die Wichtigkeit situativer Verhaltensdeterminanten hervor. Während im traditionellen Behaviorismus (SKINNER), ausschliesslich die im Experiment objektiv beobachtbaren (situativen) Variablen berücksichtigt und situationsunabhängige Variablen höchstens theoretisch als persönlichkeitspezifisch anerkannt werden, geht die Schule LEWIN'S von anderen Ueberlegungen aus. LEWIN postuliert, dass die optimale Erklärung eines gegenwärtigen menschlichen Verhaltens nicht in Ereignissen seiner Lebensgeschichte zu suchen ist, sondern in der präzisen Bestimmung dessen, was und zu welcher Zeit für das Individuum real wichtig ist. Der Lebensraum (= life space) eines Individuums besteht aus zwei Hauptelementen: der Person und der Umgebung. Er formuliert, dass "every psychological event depends upon the state of the person and at the same time on the environment, although their relative importance is different in different cases." Er sieht seine Aufgabe in der Schaffung einer "workable representation of a concrete psychological situation according to its individual characteristics and its associated functional properties, and of the concrete structure of the psychological person and its internal dynamic facts." (LEWIN, 1936). LEWIN formulierte "Verhalten" immer in Abhängigkeit von Person und ihrer ökologischen Situation ( $[B=f(P,E)]$ ; B=Behavior, P=Person, E=Environment).

Dieser Ansatz von LEWIN wurde nicht selten in der sozial-psychologischen Forschung der Nachkriegszeit vernachlässigt. Hypothesen zum vorhersagbaren sozialen Verhalten wurden oft nur durch experimentelle Manipulierungen von Situationen und nicht durch Einbezug von Persönlichkeitsvariablen überprüft, obwohl sich letztere dafür genau so gut eignen würden. Erst in der letzten Zeit haben Ergebnisse aus den Bereichen der Persönlichkeitsforschung (z.B. EYSENCK), der Motivation (z.B. ATKINSON) und der klinischen Psychologie Persönlichkeitskonstrukte und -modelle hervorgebracht, die den Nachweis von Verhaltenscharakteristika, in denen sich Individuen unterscheiden, ermöglichen.

### 3.1.2. Einige Überlegungen zu den Beziehungen zw. Persönlichkeits- und Situationsvariablen

Beim Verständnis von sozialem Verhalten wird nun vorausgesetzt, dass man sowohl die situativen als auch die Persönlichkeitsdeterminanten berücksichtigt, die seinen Verlauf bedingen. Es stellt sich nun die Frage, ob es überhaupt Persönlichkeitsvariablen gibt, welche von der Situation unabhängig sind, und umgekehrt. BLASS (1977b) referiert 4 Aspekte, die diese Frage beleuchten.

#### (a) Der epistemologische Status der Persönlichkeitsbeschreibung und der Definition von Situationen:

Sowohl Persönlichkeits- als auch jene Situationsvariablen lassen sich nicht absolut objektiv festlegen. Es handelt sich bei deren Umschreibung viel mehr um einen Vorgang von "heuristischer Realität" (heuristic realism, ALLPORT, 1966). Persönlichkeitsmerkmale werden auf Grund unserer subjektiven Beobachtungen sehr oft in sehr vereinfachender Weise abgeleitet. Das hat zur Folge, dass die Bestimmung von Persönlichkeitsmerkmalen mehreren Fehlerquellen unterliegt. Gleiches lässt sich über die Bestimmung situativer Merkmale sagen. Sie können zwar im Experiment gezielt und kontrolliert eingeführt werden, dennoch bleibt ihre Bedeutung für "die Person in der Situation" unklar. Auch hier kann man diese Bedeutung durch Beobachtungen ableiten. Der epistemologische Ansatz gestattet demnach keine Differenzierung der zu untersuchenden Merkmale.

(b) Messung von operational-definierten Persönlichkeits- und situativen Variabeln.

Die Autoren objektiver Persönlichkeitstests beabsichtigen die Erfassung des Verhaltens von Individuen in standartisierten Situationen. Auf die "Situationsspezifizität" solcher Tests hat SCHMIDT (1977, S.11) hingewiesen. Die Persönlichkeitsforschung kann zur Zeit noch kein einziges globales System der Persönlichkeitsbeschreibung liefern. Sie bemüht sich, einzelne "Beschreibungsdimensionen oder Beschreibungsvariablen sowie kleinere (Teil-) Systeme, jeweils für sich, möglichst genau und sorgsam" zu erforschen (HERRMANN, 1976, S. 29). Die Tatsache, dass man bis heute fast keine Variablen gefunden hat, die eine Vorhersage über das Verhalten in allen Situationen gestatten, hat für BLASS (1977b) folgende Gründe.

- 1) Gewisse Persönlichkeitseigenschaften kommen nur in bestimmten Situationen zum Ausdruck.
- 2) Oft decken sich die gemessenen Persönlichkeitsmerkmale nicht mit denjenigen Persönlichkeitseigenschaften, in denen sich Individuen voneinander unterscheiden. Dazu kommt noch, dass Persönlichkeitskonstrukte, die aufgrund solcher Merkmale entworfen werden, nicht bei allen Individuen anwendbar sind.

- 3) Viele Persönlichkeitskonstrukte sind nur ungenügend valid, die postulierten Merkmale schlecht operationalisierbar.

Aehnliches lässt sich zu erarbeiteten situativen Merkmalen sagen. Experimentelle Situationen sind selten mit Alltagssituationen (z.B. mit lebendigen Lerngelegenheiten, wie es sich in der therapeutischen Gemeinschaft gibt) vergleichbar. Das Fehlen einer operationalisierbaren Theorie der Situation (mit Ausnahme von behavioristischen Ansätzen, siehe KANFER und PHILIPS, 1975) unterstreicht diesen Umstand. Demnach kann die empirische Forschung noch keine gesicherten Daten zum Verständnis des sozialen Verhaltens anbieten.

(c) Transssituationelle Konsistenz:

Die Hypothese, wonach das Verhalten einer Person durch Konsistenz bzw. Kongruenz in verschiedenen Situationen charakterisiert werden kann, kann zunächst als Hinweis für eine bestimmte stabile Persönlichkeitseigenschaft gewertet werden (ALLPORT, 1937, zitiert nach BLASS, 1977b). Allerdings schwächen empi-

rische Persönlichkeitsforscher diese Bedeutung der trans-situationellen Konsistenz ab. Nach ihnen kann das gleiche Verhalten situativ durch verschiedene Persönlichkeitsmerkmale und kognitive Strukturen begründet sein. Verschiedene Situationen haben für verschiedene Personen eine unterschiedliche Bedeutung. So kann beispielsweise eine Person, die in der Regel nicht lügt, je nach Situation verschiedene Gründe für ihr Verhalten haben. Am Arbeitsplatz kann sie Angst haben, dass die Lüge erkannt wird. Zuhause kann für sie u.U. gar keine Notwendigkeit zum Lügen bestehen, während die gleiche Person unter Freunden, nicht aus ethischen, sondern bloss aus gruppendynamisch pragmatischen Gegebenheiten das Lügen unterlässt. Die Annahme der transsituationellen Konsistenz kann erst dann an Boden gewinnen, wenn die jeweilige Bedeutung der Situation für das Individuum objektiv erkannt wird. Allgemein geht aus diesen Ueberlegungen hervor, wie sehr Persönlichkeits- und situative Merkmale ineinander übergehen und nicht voneinander isoliert betrachtet werden können.

(d) Die Interaktion: Person + Situation:

K. LEWIN formuliert: "The dynamics of environmental influences can be investigated only simultaneously with the determination of individual differences and with general psychological laws" (1937, S. 73). Neuere sozialpsychologische Studien wenden sich zunehmend dem experimentellen Ansatz zu, wonach das Verhalten eine zusammengesetzte Funktion von Persönlichkeits- und situativen Variablen darstellt (BLASS, 1977b). Forschungsarbeiten zur Einschätzung der gegenseitigen Beziehungen zwischen persönlichkeits- und situativen Merkmalen könnten daher eine präzisere Umschreibung vom sozialen Verhalten anbieten.

## 0. PERSÖNLICHKEITSTHEORETISCHE BEISPIELE: =====

### 1.1 WITKINS Konzept der "psychologischen Differenzierung": "Feldabhängige" bzw. "feldunabhängige" Individuen.

Mit dem Begriff "Psychologische Differenzierung" ("Psychological differentiation") wird der Ansatz von WITKIN und seinen Mitarbeitern bezeichnet, durch die Gewinnung von (nicht faktoren-analytischen) Beschreibungsmerkmalen Persönlichkeitsvariablen zu definieren, die für das Verhalten von Individuen im sozialen Umfeld wesentlich sind. Da WITKIN (1949, 1965, 1968, 1973) von der Untersuchung der kognitiven Differenzierungsfähigkeit ausgeht, handelt es sich hier um eine kognitivorientierte Persönlichkeitstheorie.

#### 2.1.1 Kognitiven Grundlagen

In seinen wahrnehmungspsychologischen Untersuchungen zur Bestimmung der objektiven Vertikale stellte WERTHEIMER (1912) fest, dass dieser Vorgang von 2 Arten von "Cues" eingeleitet wird: Nämlich von der visuellen Wahrnehmung des Objektes (d.h. der zu bestimmenden vertikalen Linie) bzw. dessen Umgebung und von der Wahrnehmung der eigenen Körperstellung. Er fand dabei heraus, dass die visuelle Wahrnehmung der Aussenwelt gegenüber der eigenen Körperwahrnehmung für die Bestimmung der objektiven Vertikale den Vorrang hat. GIBSON und MOWRER (1938, zitiert nach KARP, 1977) wiederholten WERTHEIMER'S Experimente und kommen dabei zu umgekehrten Ergebnissen. Zur Klärung dieses Widerspruches führte WITKIN (1949, 1965) eine Reihe von Wahrnehmungsexperimenten durch, in denen er zwei Gruppen von Individuen fand, die sich in der Art ihrer Wahrnehmungsdifferenzierung unterscheiden. Während bei der einen Gruppe die visuelle Wahrnehmung des äusseren Raumes (-soz. Umfeld) hervorstach, zeichnete sich die zweite Gruppe durch besonders präzise Wahrnehmung der eigenen Körperhaltung im Raum aus. Dieser Unterschied blieb auch bei der Anwendung mehrerer, verschiedener Wahrnehmungstests konstant (s. dazu auch KARP, 1977, S. 136-138). WITKIN stellte die Hypothese auf, wonach die Wahrnehmungsdifferenzierung durch den Grad der Abhängigkeit der Person von Informationen aus den visuellen Umfeld des wahrzunehmenden Objektes gekennzeichnet ist. Er sprach

in diesem Zusammenhang von einer Wahrnehmungsdimension der Feldabhängigkeit - Feldunabhängigkeit ("field-dependence - independence" = FD-I). Diese kontinuierliche Dimension auf eine FD-I-Linie gibt durch Wertpunkte an, ob eine Person der feldabhängigen (FD) bzw. der feldunabhängigen Merkmalgruppe (FI) angehört.

### 3.2.1.2. Feldabhängigkeit als Dimension der Persönlichkeitsbeschreibung

In Vergleichsuntersuchungen mit verschiedenen Wahrnehmungstests (Rorschach, TAT, "Zeichne einen Mann-Test" etc.) zeigten feldabhängige Individuen (FD) einige Eigenschaften auf, die von der jeweiligen "Normgruppe" abwichen. Sie weisen Unsicherheit im Verhalten unter sozialem Druck auf, haben im allgemeinen Mühe, ihre Impulse unter Kontrolle zu halten und zeigen mehr Angst gegenüber (eigenen oder fremden) aggressiven sowie sexuellen Impulsen. Hinsichtlich der Selbstwahrnehmung zeigen sie eine geringe Selbsteinschätzung und Selbstakzeptation gegenüber ihrem Körper bzw. der eigenen Person. Feldunabhängige Personen (FI) neigten zu artikulierten Konzepten hinsichtlich ihrer eigenen Person, sowohl in Zusammenhang mit ihrem Körper (klares Körperschema) als auch in der Formulierung der eigenen Identität. Sie konnten sich besser von ihrer sozialen Umgebung abgrenzen. Während feldabhängige Personen hauptsächlich globale und nicht spezifische Abwehrmechanismen, wie Verleugnung und Verneinung einsetzten, neigten feldunabhängige Personen zur Anwendung relativ strukturierter und spezifischer Abwehrarten, wie Isolierung und Intellektualisierung. WITKIN konnte auch Unterschiede im kognitiven Stil feststellen, wonach Feldabhängige einen sog. "globalen", Feldunabhängige einen sog. "analytischen", kognitiven Stil praktizierten. Entwicklungspsychologisch zeigte sich im Alter von 8 bis 17 Jahren eine kontinuierliche Abnahme der Feldabhängigkeit, die allerdings durch exogene Faktoren - wie Krankheit und Milieu - beeinflusst werden kann. Geschlechtsbedingte Unterschiede der Feldabhängigkeit zeigten eine leichte Verschiebung zugunsten der Feldabhängigkeit bei Frauen gegenüber Männern. Was die psychopathologische Anfälligkeit anbelangt, konnten keine wesentlichen Unterschiede zwischen FD- und FI-Persönlichkeiten gefun-

den werden. Dennoch neigten feldabhängige Patienten zu Symptomen, die in Zusammenhang mit dem Körperschema, der Selbstwahrnehmung und der Identitätsproblematik gesehen werden können (z.B. Alkoholismus, Hysterie). Dagegen entwickelten FI-Patienten Symptome, die ihre Bedürfnisse, sich von anderen abzugrenzen bzw. ihre Gefühle und Impulse zu isolieren, manifestierten (z.B. Zwangsneurosen).

Die folgende schematische Darstellung eines hierarchischen Modells veranschaulicht das Konzept der Psychologischen Differenzierung:

|                                        |                                       |                                     |
|----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <u>Allg. Bezeichnung:</u>              | <u>Psychologische Differenzierung</u> |                                     |
| <u>Ich-Ebene:</u>                      |                                       |                                     |
| (Selbst und Körperwahrnehmung. Abwehr) | <u>Global</u>                         | <u>Artikulierte</u>                 |
| <u>Kognitiver Bereich:</u>             |                                       |                                     |
| (kognitive Stile)                      | <u>globaler kognitiver Stil</u>       | <u>analytischer kognitiver Stil</u> |
| <u>Wahrnehmungsbereich:</u>            | <u>FD: Feldabhängig</u>               | <u>FI: Feldunabhängig</u>           |
|                                        | <u>==</u>                             | <u>==</u>                           |

### 2.1.1.3. Psychologische Differenzierung und soziales Verhalten

Wenn auch die Beziehungen zwischen der psychologischen Differenzierung als Merkmal der Persönlichkeitsbeschreibung und verschiedene Aspekte nur teilweise untersucht worden sind, lassen sich die bisherigen Ergebnisse wie folgt zusammenfassen.

(1) Es bestehen Wechselbeziehungen zwischen der von WITKIN formulierten Dimension der Feldabhängigkeit (FD-I) und verschiedenen Aspekten des sozialen Verhaltens. Feldunabhängige Personen drücken im Denken und Verhalten ihren Wunsch nach Autonomie und Abgrenzung gegenüber anderen aus. In Problemlösungsprozessen spielt die eigene Einstellung und Beurteilung der Situation eine vorrangige Rolle. Sie entsprechen wenig sozialen Standarten, begegnen anderen in einer mehr analytischen und distanzierten Weise. In zwischenmenschlichen Interaktionen sind sie sachbezogen und üben Zurückhaltung im persönlichen Bereich. Feldabhängige Personen dagegen zeigen in Denken und Verhalten ihre Bereitschaft an, Informationen aus ihrer sozialen Umgebung einzuholen. Sie suchen die persönliche Nähe und lassen sich

anleiten. Die Aufrechterhaltung von Autonomie scheint für sie nicht unter allen Umständen wichtig zu sein.

(2) Hinsichtlich der Autonomiebestrebungen besteht hier ein nachweisbarer Unterschied zwischen feldabhängigen und feldunabhängigen Personen in der Weise, dass die ersten eine soziale Abhängigkeit vorziehen würden. Grundsätzlich neigen feldabhängige Personen nur dann zum Einholen von Informationen oder Unterstützung von ihrer sozialen Umgebung, wenn dies die Lösung eines realen Problems sinnvoll fördert. Das entspricht einer sinnvollen adaptiven Verhaltensweise von Personen, die mit wenigen analytischen Eigenschaften ausgestattet sind.

(3) Das Konzept der psychologischen Differenzierung liefert brauchbare Hinweise zur Therapeut-Patienten-Interaktion, zur Empathie und zum klinischen Urteilsvermögen, sowie zum Bereich der Offenheit und der Identifikationsfähigkeit mit anderen, in Gruppenkontext übernommenen Rollen. Aus diesen geht hervor, dass feldunabhängige Personen mehr empathische Fähigkeiten aufweisen und männliche, feldunabhängige Therapeuten (dagegen aber feldabhängige Therapeutinnen) bessere Prognosen stellen. Im Gruppenverhalten ist die soziale Wahrnehmungsfähigkeit feldunabhängiger besser und präziser, so auch ihre Abgrenzungsfähigkeit von den von ihnen in der Gruppe (z.B. im Rollenspiel) übernommenen Rollen. Bei feldabhängigen Personen ist das umgekehrte der Fall.

(4) Trotz der nachgewiesenen Konsistenz der individuellen kognitiven Stile, vor allem in Wahrnehmungsbereich, muss berücksichtigt werden, dass sowohl feldabhängige wie auch feldunabhängige Personen weitgehend von ihrem aktuellen sozialen Milieu abhängig sind. Die Anwendung dieser Merkmale der Persönlichkeitsbeschreibung zur Verhaltensdifferenzierung - spezifischen Situationen ist bisher noch nicht möglich.

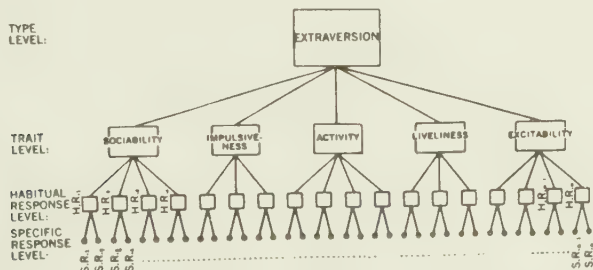
## 2.2. EYSENCK'S Persönlichkeitsmodell:

Mit dem Persönlichkeitsmodell von H.J. EYSENCK, besonders mit den Konzepten von "Introversion" und "Extraversion", liegt ein Ansatz einer Persönlichkeitsbeschreibung vor, der eine Ueberbrückung zwischen Biologie und Sozialpsychologie anstrebt. EYSENCK und seine Mitarbeiter untersuchen seit 1947 die Zusammenhänge zwischen diesem Persönlichkeitsmodell und den verschiedensten Bereichen der Genetik, der Neurophysiologie, der differenziellen und der Persönlichkeitspsychologie, der Psychodiagnostik, des interpersonellen Verhaltens sowie der transkulturellen Psychologie. Die nachfolgende knappe Darstellung beabsichtigt, vorallem jene Aspekte des Modells zu schildern, die für das Verständnis von sozialem Verhalten wesentlich sind.

### 3.2.1. Aufbau und Struktur

EYSENCK'S Persönlichkeitsmodell ist lerntheoretisch orientiert. Die grundlegenden Persönlichkeitsdimensionen, Introversion-Extraversion, Neurotizismus und Psychotizismus wurden durch faktorenanalytische Untersuchungen bestimmt und durch die Anwendung von Testbatterien (sprachfreie Handlungstests - objective behavior test) operational definiert. Die Persönlichkeitsdimensionen sind Faktoren zweiter Ordnung, die voneinander unabhängig, im Raum orthogonal zueinander angeordnet sind. In diesem Bezugssystem hat jede Person entsprechend ihrem Faktorwert ihren Platz.

EYSENCK hat 1953 sein Persönlichkeitsmodell hierarchisch dargestellt.



Das hierarchische Persönlichkeitsmodell von EYSENCK (1947)  
(nach Wilson, 1977, S. 185)

Die unterste Stufe ist durch spezifische, sich ständig ändernde Verhaltensweisen (specific response level) gebildet, die von situativen Faktoren abhängig und deshalb nicht vorhersagbar sind. Auf einer höheren Stufe der Hierarchie treten gewohnheitsmäßige Verhaltensweisen (habitual response level) auf. Sie werden als stabil angenommen und bilden die Grundlage des Persönlichkeitsmodells. Die Differenzierung zwischen den spezifischen und den habituellen Verhaltensweisen ist nicht einfach und durch bloße Verhaltensbeobachtung nicht möglich. Sie ist indessen sehr wichtig, denn die habituellen Verhaltensweisen liefern die "Grundfaktoren" oder die Grundmerkmale der Persönlichkeit (trait level) mittels Faktorenanalyse. Mit Hilfe von objektiven Testverfahren, die die Grundmerkmale mit hoher Wahrscheinlichkeit diagnostizieren, wird festgestellt, ob zwischen ihnen Korrelationen bestehen. Auf Grund dieser Korrelationen werden die Persönlichkeitsdimensionen (type level) bestimmt. EYSENCK hält die Dimensionen: Extraversion - Introversion, Neurotizismus und Psychotismus für die prominentesten und stabilsten der menschlichen Persönlichkeit.

### 3.3.2.2. Umschreibung der Dimensionen

Es sind drei zueinander orthogonal stehende Ebenen, auf welchen die Dimensionen (=Faktoren): (1) Extraversion - Introversion (2) Neurotizismus (Emotionale Labilität - Stabilität) und (3) Psychotizismus (ein Kontinuum von Normalpersonen zu Psychotikern) verteilt sind. In der Literatur hat sich vorallem durch die Publikationen von EYSENCK et al (1971a, 1971b, 1976a, 1976b), eine künstliche Trennung der ersten Dimension in Extraversion und Introversion eingebürgert. Es ist deshalb wesentlich zu betonen, dass es sich hier um zwei gegenseitige Aspekte des gleichen Faktors handelt, auch wenn wir nachfolgend jeden für sich umschreiben.

#### (1) Extraversion - Introversion (E):

Der typische Extravertierte wird geschildert als sozial aufgeschlossen. Er liebt Geselligkeit, muss sich anderen Menschen mitteilen, arbeitet nicht gern alleine. Er liebt Aufregungen, geht Risiken ein, handelt aus dem Augenblick heraus und ist im Allgemeinen impulsiv, macht Spässe, ist schlagfertig, bevorzugt Abwechslung, Betriebsamkeit, neigt zu Aggressionen

und wird schnell ungeduldig. Seine Gefühle hat er nicht immer unter Kontrolle und er ist nicht immer besonders zuverlässig. Der typische Introvertierte ist dagegen ruhig, zieht sich in sich zurück und neigt zur Selbstbeobachtung. Bücher liebt er mehr als Menschen, er ist "zugeknöpft" und distanziert, ausser gegenüber intimen Freunden. Er ist misstrauisch gegenüber Impulsen des Augenblicks und plant mit Vorsicht voraus. Er liebt keine Aufregungen, begegnet den Problemen des Alltags mit angemessenem Ernst und neigt zu einer geordneten Lebensführung. Seine Gefühle hat er sehr unter Kontrolle. Selten verhält er sich aggressiv oder ungeduldig. Er ist zuverlässig, etwas pessimistisch und legt Wert auf hohe ethische Normen (EYSENCK und RACHMAN, 1973).

## (2) Neurotizismus: Emotionale Labilität - Stabilität (N).

Das eine Ende dieser Dimension ist mit dem Pol der Labilität charakterisiert durch Menschen, deren Emotionen labil, stark und leicht zu aktivieren sind; sie sind verstimmbar, empfindlich, ängstlich und unruhig. Ihr Gegenteil sind Menschen, die in ihren Emotionen stabil und weniger leicht ansprechbar - also ruhig, ausgeglichen, sorglos und zuverlässig erscheinen. Nach EYSENCK gibt diese Dimension die genotypische Neurosenbereitschaft an.

## (3) Psychotizismus (P).

Die Hypothese, Psychosen seien lediglich extreme Formen neurotischer Störungen ist nach EYSENCK (1960, 1976a, 1976b) nicht haltbar. Die faktorenanalytisch ermittelte Dimension "Psychotizismus" soll ein Kontinuum zwischen Normalpersonen und Psychotikern bilden und orthogonal zu den Faktoren Extraversion - Introversion sowie Neurotizismus sein. In dieser Dimension soll die Beschreibung von "Normalpersonen" sowie von neurotischen Störungen ausgeschlossen sein. Probanden mit einem hohen P-Wert werden von EYSENCK und EYSENCK (1972) wie folgt beschrieben. Sie sind .... "cold, impersonal, hostile, lacking in empathy, unfriendly, untrustful, rude, unmannered, unhelpful, unemotional and lacking in human feeling". Obwohl nach EYSENCK die Dimension Psychotizismus die drei Gruppen von Normalen, Schizophrenen und Manisch-Depressiven voneinan-

der differenzieren kann, misst sie nach Davis nicht die Disposition zu einer endogenen Psychose (BAUMANN und DITTRICH, 1975).

### 3.3.2.3. Neurophysiologische und biologische Grundlagen, Konditionierbarkeit und die Beziehung zur Neurose.

Die empirischen Ergebnisse der EYSENCK'schen Schule zu den Zusammenhängen zwischen dem Faktor E (Extraversion-Introversion) bzw. N. (Neurotizismus) und der Konditionierbarkeit als auch zu den verschiedenen Neurosenformen sind auch hinsichtlich sozialer Verhaltensformen von Bedeutung. Nach EYSENCK (1967) ist die Extraversion durch ein habituell niedriges Erregungsniveau im sogenannten "aufsteigenden retikulären aktivierenden System" (ARAS) des Stammhirns bedingt, während Introversion durch ein hohes habituelles Erregungsniveau in ARAS gekennzeichnet ist. Daher werden Extravertierte habituell weniger aktiviert als Introvertierte und sie sind stärker auf Aussenreize angewiesen (und entsprechend beeinflussbar) als Introvertierte. Sie sind deshalb durch extreme Reize weniger irritierbar und unter starken (aktivierenden) Reizbedingungen besser (schneller, dauerhafter), unter schwachen (wenig aktivierenden) Reizbedingungen schlechter (langsamer, weniger dauerhaft) konditionierbar als Introvertierte. Diese hohen kortikalen Erregungsprozesse führen bei Introvertierten zu kortikalen Hemmungsprozessen (PAWLOW: "Kortikale Hemmung", HULL: "Reaktive Hemmung"), welche eine Hemmung der Bereitschaft, auf die Umwelt einzugehen, bewirkt. Bei Extravertierten, bei denen diese Erregungsprozesse fehlen, kommt es auch zu keiner kortikalen Hemmung und folglich zu keiner Hemmung der Wechselbeziehungen mit der Umwelt. Allerdings ist für diese "Arousel Theorie" eine Voraussetzung wichtig. Die soziale Hemmung der Introvertierten resultiert letztlich aus ihrer "ungehemmten" Lernfähigkeit für soziale Normen, während die soziale Ungehemmtheit der Extravertierten sich aus dem unzureichendem Erwerb eben dieser Normen erklärt. Schon auf dieser Ebene wird deutlich, wie wichtig die Wechselbeziehung zwischen den Persönlichkeitsmerkmalen und jenen des Milieus ist. GRAY (1972), der eine modifizierte neurophysiologische

Theorie zur Erklärung der Extraversion - Introversion - Dimension entwarf, stellte fest, dass Extravertierte auf Belohnung, Introvertierte auf Bestrafungen sensibilisiert sind. (Diese Differenzierung ist hoch signifikant). Hier wird also nicht bloss die Abhängigkeit von der Situation, sondern es werden für bestimmte Persönlichkeitsdimensionen diejenigen Situationsmerkmale eruiert, die für sie in einer Interaktion relevant sind. Analog erklärt EYSENCK die Unterschiede zwischen emotionaler Labilität - emotionaler Stabilität (Faktor N) durch das unterschiedliche habituelle Erregungsniveau des limbischen Systems (subkortikale Funktionssysteme), das mit der Steuerung des affektiven Verhaltens zusammenhängt. Allerdings wurde diese Annahme bisher nur teilweise überprüft.

Hingegen konnten EYSENCK und seine Mitarbeiter auf eine wesentliche Beziehung zwischen zwei Gruppen von Neurotikern und der Extraversion-Introversion-Dimension (Faktor E) hinweisen. Patienten mit "dysthymischen Störungen" - Phobien, Ängste, Zwänge - die von EYSENCK als "Störungen erster Art" bezeichnet wurden - haben sowohl in der emotionalen Labilität als auch in der Introversion hohe Werte. Die sogenannten "Störungen zweiter Art", die sowohl durch den Ausfall von Konditionierungen als auch durch unzureichende Anpassungsmechanismen bedingt sind (z.B. Psychopathen), sind durch hohe Stabilitäts- und Extraversionswerte gekennzeichnet (EYSENCK und RACHMAN 1972, BERGIUS, 1977). Die Beobachtungen zur Konditionierbarkeit Extravertierter sind indessen nicht eindeutig. Hier ist eine weitere Differenzierung notwendig. Von den bisher 5 von EYSENCK gewohnheitsmässigen Verhaltensweisen (habitual response level) der Dimension Extraversion, nämlich Soziabilität, Impulsivität, Aktivität, Lebendigkeit und Erregbarkeit (siehe Schema S. 51), scheint die Beziehung zwischen Soziabilität bzw. Impulsivität auf der einen Seite und Neurotizismus auf der anderen nicht ausgeschlossen werden. Danach neigt Impulsivität zum "neurotischen Ende" der Extraversion (also zur Labilität), während Soziabilität mit Stabilität und Anpassungsfähigkeit assoziiert wird. Auf diese Weise sind nun auch Extravertierte - hauptsächlich durch entsprechende Verstärkungsmechanismen (s. GRAY) auf der Ebene der gewohnheitsmässigen Verhaltensweise konditionier-

bar und ohne weiteres zu angepasstem sozialen Verhalten fähig (s. dazu auch KANFER und PHILIPS, 1975, S. 542ff). In diesem Zusammenhang ist die Untersuchung von Di-LORETO (1971) über die Psychotherapiewirkung bei Extravertierten bzw. Introvertierten aus einer Studentengruppe mit hohen sozialen und allgemeinen Ängsten interessant. Er fand heraus, dass Extravertierte positiv auf eine klientenzentrierte Psychotherapie ansprachen, eine Therapiemethode also, in welcher die emotionale Wärme (-Nähe!) und die Verstärkung durch Zuwendung praktiziert werden. Die Rational-Emotive-Therapie, in der die Patienten mit ihrem irrationalen, nichtangepassten Verhaltensweisen konfrontiert werden (was vom Patienten zunächst als "quasi Bestrafung" empfunden wird), erzielte beim Introvertierten die besten Resultate.

#### 3.3.2.4. Zur Bedeutung der "sozialen Umwelt":

Wir wollen die Uebersicht über das Persönlichkeitsmodell EYSENCK'S mit einigen Bemerkungen zur Rolle des Milieus (bzw. der Merkmale der Situation) abschliessen. Die von EYSENCK und anderen Persönlichkeitsforschern postulierte physiologisch-anatomische Grundlage für die individuellen Verhaltensunterschiede können kaum direkte Ursachen sein. "Extravertierte sind wahrscheinlich nicht deshalb häufiger wenig gut sozialisiert als Introvertierte, weil bei Extravertierten die Konditionierung langsamer erfolgt als bei Introvertierten, wie EYSENCK behauptet. Der Zusammenhang zwischen Merkmalen der Konditionierungsprozesse und Merkmalen des globalen Verhaltens hat mindestens ein Zwischenglied: Die soziale Wechselwirkung" (BERGIUS, 1977). Ferner muss man auch die Frage der Sozialisationsbedingungen berücksichtigen. Diese werden weitgehend vom Erziehungsstil entworfen und müssen in einer sozialen Umwelt realisiert werden, und zwar weitgehend an Hand der von ihr angebotenen "Modelle". Drittens werden alle drei Faktoren E, N, und P., auch wenn sie faktorenanalytisch bestimmt und biologisch untermauert sind, interaktionsterminologisch umschrieben. Dies wohl deshalb, weil Persönlichkeits-eigenschaften nur in der Situation sichtbar werden und erst in der Umwelt formuliert werden können. Offensichtlich sind sowohl Introvertierte als auch Extravertierte - wenn auch in

unterschiedlichem Ausmass - zur Modifizierung ihres sozialen Verhaltens fähig. Die Untersuchung einiger Bedingungen sozialen Verhaltens introvertierter und extravertierter Schizophrenen in Milieu wird weiter unten ebenfalls behandelt.

### 3.0. Soziales Verhalten

#### 3.1. Versuch einer Umschreibung:

Aus der Darstellung der Persönlichkeitsmodelle von WITKIN und EYSENCK geht hervor, wie eng die Umschreibung von Persönlichkeitseigenschaften mit der Beschreibung der Wechselbeziehung zwischen dem Individuum und seinem sozialen Umfeld zusammenhängt. "Feldabhängigkeit", "Extraversion", "Neurotizismus" und sogar "Psychotizismus" besagen, dass bestimmte persönlichkeitspezifische Dimensionen - sie mögen je nach Theorie kognitiv oder neuro-physiologisch begründet sein - in sozialem Verhalten manifest werden. Es gibt Persönlichkeitseigenschaften, die man überhaupt erst im sozialen Rahmen beobachten und bestimmen kann. Dazu gehören unter anderem Motivation, Autoritarismus (ADORNO et al), Dogmatismus u.a.m., auf die wir hier nicht weiter eingehen. Einer der ersten Versuche zur Formulierung sozialen Verhaltens bestand in der Erweiterung klassischer (PAWLOW) bzw. operanter (SKINNER) S-R-Theorien, wonach Verhalten durch Reiz-, Reaktions- und Verstärkermechanismen determiniert wird. So meint HOMANS (1961), dass die grundlegenden Einheiten des sozialen Verhaltens die menschlichen Handlungen sind. Lerntheoretisch streng genommen, kann es dabei nur um beobachtbare Handlungen gehen, was wesentliche Aspekte des sozialen Verhaltens ausschliesst. HOMANS selber (1967, zitiert nach GRAUMANN, 1969) meint "What is not done is as important in social behavior as what is done" und räumt damit ein, dass auch nicht direkt beobachtbare Ereignisse dem sozialen Verhalten zugerechnet werden müssen. Tatsächlich ist das Erleben ein wesentlicher Aspekt (GRAUMANN, 1969) und spielt, wie oben in der Ausführung zur therapeutischen Gemeinschaft bereits ausgeführt (beim Erleben eigener bzw. fremder Affektsäusserungen), im sozialen Verhalten eine wichtige Rolle. Wesentlich erweitert erscheint der lerntheoretische Ansatz von GEWIRZ (1969). Nach ihm besteht das soziale Umfeld (social

environment) aus denjenigen funktionalen Reizen, die durch Mitmenschen gesetzt werden. Soziale Verhaltensweisen sind solche, die unter aktueller und potentieller Kontrolle oder Abhängigkeit sozialer Reize sinnvoll auftreten. Es handelt sich hier sowohl um den Vorgang des Erlernens (=acquisition) wie auch des Fortbestehens (=maintenance) von sozialem Verhalten. Soziale Reize sind nach GEWIRZ (im Sinne der Lerntheorie) nur diejenigen Reize, die eine nachweisbare, funktionale Modifizierung des Verhaltens im sozialen Umfeld nach sich ziehen. Wenn aber das Kriterium des sozialen Verhaltens seine "nachweisbare, funktionale" Modifizierbarkeit ist, kann es durchaus auch nicht-beobachtbare Handlungen, zum Beispiel das Erleben umfassen. Deutlicher formuliert es STENDENBACH (1963) in seinem sozialpsychologischen Modell des sozialen Verhaltens. Nach ihm kommt der Sozialisation eine wichtige Bedeutung zu. Die soziale Interaktion ist durch eine als Verstärker fungierende "soziale Gratifikation" bedingt. Man erfährt sie keineswegs nur im Austausch von Handlungen, sondern auch beispielsweise in der Befriedigung (=Erleben!) darüber, eine allgemeine Norm der Gesellschaft oder der Gruppe, der man angehört, erfüllt zu haben. Die im Verlauf der Sozialisation vollzogene "Internalisierung" sozialer Normen und Werte stellt hier eine wichtige Voraussetzung dar. Demnach steht das Verhalten in einer bestimmten Situation nicht nur in Abhängigkeit von den jeweiligen Verstärkungszusammenhängen, sondern viel mehr vom Grad der persönlichen Sozialisation. Die Wechselbeziehung zwischen dem Individuum und der sozialen Situation wird durch die Manifestation der sozialen Struktur im Persönlichkeitssystem deutlich. In einem sozialen System müssen gewisse "Orientierungsstandards" von allen übernommen werden, damit es überhaupt zu positiver Interaktion kommen kann. Zu ihnen gehören z.B.: Wert- und Motivationsstrukturen, deren Uebernahme durch Sozialisations- und Verstärkersysteme gefördert wird. Wir wollen nun versuchen, das soziale Verhalten wie folgt zu beschreiben : Es ist die Summe der durch die Wechselbeziehung von Sozialisations- und Verstärkungsprozessen bedingten Kognitionen und Handlungen im sozialen Umfeld.

### 3.2. Hintergründe

ARGYLE (1972) führt sowohl biologische als auch kulturelle Hintergründe für das soziale Verhalten auf. Die Interaktion dient biologischen Bedürfnissen und ist instinktiv begründet. Im Laufe der menschlichen Entwicklungsgeschichte ist die Bedeutung biologischer "Antriebe" keineswegs verloren gegangen. Hunger und Durst, Sexualität, Aggression, Abhängigkeit, Affiliation und Dominanz gehören nach wie vor zu den Auslösern sozialen Verhaltens. Allerdings wird es (und das auch im Unterschied zu den nichtmenschlichen Primaten) weitgehend durch zwei Komponenten geprägt und teilweise überlagert. Erstens ist sowohl die Art und Weise als auch die Situation sozialen Verhaltens von der jeweiligen Kultur bestimmt, nicht selten sogar vorgeschrieben bzw. in gewissen Bereichen ritualisiert. Zweitens ist soziale Interaktion weitgehend verbal- also sprachbedingte. Kulturelle und verbale Komponenten haben darüber hinaus eine doppelte Funktion, nämlich soziale Interaktion zu fördern, aber auch sie zu verhindern. Die Bedeutung kultureller bzw. sprachlicher Verhaltensweisen bei schizophrenen Patienten kann nicht genug betont werden. Die von ARGYLE referierten Untersuchungen zum sozialen Verhalten Schizophrener widerspiegeln nicht nur deren Verhaltensdefizite, sondern zeigen auch, dass die meisten Autoren seine Bedeutung offenbar erstaunlicherweise missachten (1972, S. 329-334). Schliesslich wäre noch auf eine dritte Komponente des sozialen Verhaltens bei Menschen hinzuweisen. Es ist das "Selbst", was Selbstgefühl, Selbstwahrnehmung sowie Selbstbewusstheit umfasst. Es handelt sich dabei nicht um den Begriff des Selbst in psychoanalytischem Sinne, obwohl beide Begriffe eine gewisse Ähnlichkeit aufweisen. Sozialpsychologisch gesehen fallen darunter die Bedeutungen von ICH als bewusstem Subjekt und aktivem Agens im Verhalten, sowie vom MICH, auf das andere als eine bestimmte Art von Person mit bestimmtem Wert reagieren. MUELLER und THOMAS (1976, S. 385ff) beschreiben ausführlich die Beziehungen zwischen der Gruppenkohäsion und der Entwicklung des Selbst. Im Rahmen unserer Uebersicht können wir darauf nicht näher eingehen.

### 3.3.3. Dimensionen sozialen Verhaltens:

Die grossen interindividuellen Persönlichkeitsunterschiede sowie die breite Streuung biologischer und kultureller Verhaltenshintergründe bewirken eine grosse Anzahl möglicher sozialer Verhaltensweisen. ARGYLE (1972) fasst "7 globale Verhaltensmuster", die in sehr verschiedenen sozialpsychologischen Untersuchungen beschrieben werden, zusammen. Es sind Beschreibungsdimensionen (also ohne faktorenanalytische Grundlage), die sich wie folgt einordnen lassen:

#### A. Motivation

- (1) Extraversion und Affiliation
- (2) Dominanz - Submission
- (3) Gelassenheit - Soziale Ängstlichkeit

#### B. Fähigkeiten

- (4) Belohnungsfunktion (= "Es lohnt sich". "So ist man beliebt")
- (5) Interaktionsfertigkeiten

#### C. Wahrnehmung und Rückkoppelung

- (6) Wahrnehmungsmässige Sensibilität
- (7) Fähigkeit sich in eine fremde Rolle zu versetzen.

Jede dieser 7 Dimensionen kann mit geeigneten Fragebögen ermittelt werden. Bei der Zusammenstellung von Kleingruppen (z.B. bei ambulanten therapeutischen Gruppen) kann eine solche "Diagnose des sozialen Verhaltens" nützliche Dienste leisten. Sie kann unter Umständen auch die Persönlichkeitsdiagnostik ergänzen.

### 3.3.4. Soziales Verhalten am Beispiel des sozialen Lernens

Wir wollen nun das bei der Besprechung der therapeutischen Gemeinschaft erwähnte soziale Lernen als ein Aspekt des sozialen Verhaltens beschreiben, in dem die Interaktion von Person und Situation eine besondere wichtige Rolle einnimmt. Der Begriff soziales Lernen wurde zum ersten Mal in der psychologischen Literatur im Jahre 1941, in einer Arbeit von MILLER und DOLLARD verwendet. Während sie damit bloss das "Erlernen des Nachahmungsverhaltens" (FOPPA, 1968 S. 146) meinten, versteht man heute darunter, dass menschliches Lernen nicht ausschliesslich, aber überwiegend unter sozialem Einfluss geschieht (GOFFMANN u. SCHMIDTKE, 1977). BANDURA

(1977) entwarf eine umfassende "social learning theory", die er durch eine grosse Anzahl von Experimenten untermauerte, in denen das "Lernen am Modell" untersucht wurde. Beim Lernen am Modell braucht der Lernende nicht offen zu handeln, er braucht das Verhalten nicht offen auszuüben. Der Lernvorgang kann in folgende Komponenten zerlegt werden. (a) "Aquisition": Der Beobachter behält, was er gesehen hat, ohne dass dabei die Notwendigkeit der Reproduktion besteht. (b) "Performance": Der Beobachter vollzieht imitierende Handlungen. Daraus geht hervor, dass nicht nur motorische Verhaltensweisen, sondern auch Ideen, Einstellungen, Urteilsweisen, generalisierte Verhaltensorientierungen, Emotionen sowie Lerntechniken am Modell erworben werden können (BANDURA, 1965). Voraussetzungen für das Lernen am Modell sind einerseits die repräsentativen Vermittler (anschaulich oder verbal), andererseits kognitive Prozesse (Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits-, Behaltensprozesse sowie motorische Reproduktionsprozesse: BANDURA, 1969). Noch deutlicher wird die Bedeutung der Interaktion zwischen Persönlichkeits- und situativen Variablen in zwei Veröffentlichungen von ARONFREED (1969 a,b). Im Prozess von Beobachtungslernen (= Lernen am Modell) wird neues Verhalten durch Beobachtung von Modellen erworben. Durch die Beobachtung entstehen kognitive Schablonen (= cognitiv templates), die gespeichert werden, reproduzierbar sind und eine kognitive Repräsentation erlauben. Die Konsequenzen von Handlungen werden direkt oder am Modell erfahren. Dadurch erhalten die kognitiven Schablonen einen Affektwert (affectiv value), der Richtung und Ausmass der Verhaltensausführung bestimmt. In der Imitation, die ARONFREED als einen Spezialfall des Beobachtungssystems sieht, ergibt sich der Affektwert aus der Handlung selber, deren Nachahmung, z.B. positiv oder negativ erlebt werden kann. Die Existenz von mit Affektwert versehenen kognitiven Schablonen erklärt im wesentlichen beim Beobachtungslernen den Uebergang der Kontrolle des Verhaltens von den äusseren (sozialen Verstärkungen bzw. sozialen Bestrafungen) auf die inneren Konsequenzen ("concept of internalization"), wodurch sich das Verhalten selbststrafend bzw. selbstbelohnend auswirken kann.

Offen bleibt in diesem Zusammenhang noch die Motivation zur Imitation. KOHLBERG (1969 a,b), der die kognitiven Aspekte der Sozialisation bei Kindern untersuchte, meint, dass sie sowohl immanent motiviert als auch von der sozialen Verstärkung abhängig ist. Die soziale Verstärkung hängt (zumindest bei Kindern) von der Kompetenzmotivation ab. Sie erfolgt nur, wenn das Modellverhalten Informationswerte über das "richtige" Verhalten im normativ-sozialen Kontext enthält. KANFER und PHILIPS referieren eine grosse Anzahl Publikationen aus dem Gebiete der Verhaltensmodifikation, aus denen hervorgeht, dass die Motivation zur Imitation bei Erwachsenen (soziale Verstärkung bzw. soziale Bestrafung) nach ähnlichen Sozialisationsprozessen wie bei Kindern verläuft (1975. S. 216-269 sowie S. 293-299). Fassen wir zusammen: Kognitive Prozesse sind - wenn auch nach dem Grad der Ausprägung unterschiedliche Persönlichkeitsmerkmale, die hauptsächlich (wenn auch nicht ausschliesslich) in der ökologischen Situation "eingesetzt" werden. Soziales Verstärken (wie auch die soziale Bestrafung) ist ein eindeutiges situatives Merkmal, das auf das Individuum wirkt. Durch die Interaktion beider Merkmale wird soziales Lernen möglich.

### 3.3.5. Kurze Uebersicht über die sozialpsychologischen Methoden zur Erfassung des sozialen Verhaltens

Im Gegenteil zur Persönlichkeitsdiagnostik, welche aus gewonnenen Persönlichkeitseigenschaften, Erkenntnisse und Vorhersagen über soziale Verhaltensweisen einer Person ableitet, bemühen sich die sozialpsychologischen Methoden um eine empirische Erfassung des sozialen Verhaltens im sozialen Umfeld während des sozialen Geschehens. Im folgenden Abschnitt werden wir diese Methoden kurz darstellen.

- (a) Das sozialpsychologische Experiment: Im Laborexperiment werden kontrollierbare Bedingungen untersucht, die Merkmale von sozialen Situationen enthalten. Aus dem realen natürlichen Ereignis werden gewisse Sequenzen speziell abgegrenzt und deren reproduzierbare Abläufe unter kontrollierbaren Bedingungen analysiert. Im natürlichen Experiment (auch als Feldexperiment bekannt), das in einer Alltagssituation abläuft, werden vom Versuchsleiter unab-

hängige Variablen manipuliert, ohne dass die Versuchspersonen dies als Manipulation auffassen. Im Gegensatz zum Laborexperiment ist das natürliche Experiment nicht wiederholbar und seine Kontrollbedingungen sind begrenzt.

- (b) Befragungsmethoden: Sie sind das häufigst verwendete Mittel der Sozialforschung überhaupt. Man unterscheidet hier zwischen einem Interview und einer schriftlichen Befragung, wobei oft vorallem bei Methoden der (soziologischen) Meinungsforschung eine gemischte Variante zur Anwendung gelangt.
- (c) Einstellungsmessungen: Es handelt sich dabei um eine spezielle Befragungsmethode, die den Grad der Zustimmung oder der Ablehnung zu einem sozialen Gegenstand untersucht. Im Gegensatz zu den unter (b) erwähnten allgemeinen Befragungsmethoden müssen die Verfahren zur Einstellungsmessung strenge testähnliche Voraussetzungen erfüllen, wie sie in den in der Differenziellen Psychologie angewendeten Persönlichkeitsfragebögen ähnlich sind.
- (d) Soziometrische Verfahren: Sie dienen der quantitativen Erfassung von Ereignissen sozialer Interaktionen von Individuen in der Gruppe. Die Darstellung positiver bzw. negativer Interaktionsprozesse erfolgt in differenzieller Weise mittels eines Soziogramms. Aufeinanderfolgende Soziogramme lassen Schlüsse zur Entwicklung der Gruppendynamik zu.
- (e) Beobachtungsmethoden: Gestatten die Erfassung wahrnehmbarer Merkmale persönlicher oder sozialer Ereignisse und Entwicklungen. In der Sozialpsychologie wird Beobachtung als Verhaltensbeobachtung verstanden. Sie kann frei und unsystematisch oder kontrolliert und systematisch erfolgen. Der Beobachter kann sichtbar oder verdeckt sein. In der nichtteilnehmenden Beobachtung bleibt der Beobachter ausserhalb der zu beobachtenden Gruppe. In der teilnehmenden Beobachtung wird er hingegen zum "quasi Mitglied" der Gruppe. In der Untersuchung von LILIENFELD, STAUFACHER und WIRZ (1976) über die therapeutische Gemeinschaft in der psychiatrischen Klinik "Schlössli" wurde die Methode der teilnehmenden Beobachtung praktiziert.

(f) Inhaltsanalysen: Diese Verfahren werden angewendet, wenn eine unmittelbare Beobachtung des zu untersuchenden Objektes nicht möglich ist und die ermittelten Daten erst später ausgewertet werden (Tonband- und Videoaufnahmen, Interaktionsprotokolle und dergleichen).

Die Wahl der empirischen Methode zur Erfassung des sozialen Verhaltens hängt selbstverständlich sowohl von der Fragestellung als auch von der zu erfassenden Situation ab. Dass dabei der Interaktionsprozess, und nicht die Persönlichkeitseigenschaften des Beteiligten im Mittelpunkt steht, versteht sich von selbst. Dennoch darf man sie nicht einfach "unterschlagen". Persönlichkeitseigenschaften wie "Extraversion" bzw. "Feldabhängigkeit" prägen das soziale Verhalten. Bei Psychischkranken (z.B. bei Schizophrenen) beobachtet man bestimmte Verhaltensweisen, die durch die Persönlichkeitseigenschaften und/oder das Krankheitsbild bedingt sein können. Darum ist es u.E. wichtig, bei der Untersuchung des sozialen Verhaltens Schizophrener, sowohl ihre Persönlichkeit als auch ihr krankheitsrelevantes Milieuverhalten zu berücksichtigen und mit entsprechenden empirischen Methoden zu untersuchen.

#### 3.4. Einige Zusammenhänge zwischen dem sozialen Verhalten Schizophrener und dem therapeutischen Milieu.

Wir haben gesehen, dass das soziale Verhalten ein Produkt der Wechselbeziehungen zwischen dem Individuum und seiner Situation ist. Nun stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage nach der Rolle des therapeutischen Milieus für das Sozialverhalten der Patienten. Die therapeutische Gemeinschaft versteht sich als eine Therapiemethode, die bewusst auf das soziale Verhalten der Patienten einwirken will. Im Anschluss an ihre Untersuchung stellen LILIENFELD, STAUFFACHER und WIRZ (1976) einige Hypothesen zum Verhalten Schizophrener im Milieu auf, wonach es in der Interaktion mit dem therapeutischen Milieu zwei Verhaltenstypen gibt, die sie mit "Aktiv" vs. "Passiv" bezeichnen. Wir werden uns dieser Frage später zuwenden, wollen aber zunächst einige Eigenschaften sozialen Verhaltens Schizophrener in Zusammenhang mit dem therapeutischen Milieu diskutieren.

#### 4.1. Faktoren, die man bei der Untersuchung sozialen Verhaltens Schizophrener beachten muss.

In sozialpsychologischen Studien zum sozialen Verhalten Schizophrener wird der Begriff "Schizophrenie" entweder für alle Psychosenformen oder für die gesamte Gruppe schizophrener Erkrankungen verwendet. "Die" Schizophrenie wird quasi als Einheit formuliert, ohne dabei die unterschiedliche Typologie (psycho-pathologisch, nosologisch bzw. von der prämorbid Situation her) und die mit ihr verbundenen, zum Teil divergierenden Verhaltensformen zu berücksichtigen. ARGYLE (1975<sup>3</sup>, S. 329 ff) formuliert zwar ein "grundlegendes Syndrom", das sich wie folgt definieren lässt: "...als ein sich Zurückziehen von sozialen Beziehungen, Störung des Denkens und des Sprechens, die Unfähigkeit zu dauerhaft-zielgerichtetem Verhalten und ein Abflachen der Emotionen". Allerdings ist auch diese Definition hinsichtlich des sozialen Verhaltens ungenau. Das sich Schizophrenen von sozialen Beziehungen zurückziehen, trifft nur teilweise zu. Paranoid-Schizophrenen verhalten sich in sozialen Zusammenhängen nicht selten erstaunlich dauerhaft-zielgerichtet. Auf der anderen Seite ist das soziale Verhalten von zurückgezogenen chronischen Schizophrenen mit Hilfe verhaltenstherapeutischer Verstärkungsprogramme (token economy) bis zu einem gewissen Grad modifizierbar und zwar in der Weise, dass sie sich soziale Fertigkeiten aneignen können, welche ihr Verhaltensrepertoire wesentlich erweitern (FLORIN und MEYER-OSTERKAMP, 1974). Gerade diese Tatsache wirft eine weitere Frage auf, nämlich die Frage nach der Behandlungsmethode. PAUL und LENTZ (1978) verglichen während 6 Jahren die Effektivität von Milieuthherapie mit derjenigen von "social learning Programs". Sie stellten dabei fest, dass im Vergleich zur traditionellen Spitalbehandlung sowohl die Milieuthherapie als auch Programme für soziales Lernen die Entwicklung sozialer Verhaltensweisen wesentlich fördern. Eine dritte Frage stellt sich hier hinsichtlich der behandelnden Institution. WING und BROWN (1970) wiesen auf die Zusammenhänge zwischen dem sozialen Verhalten Schizophrener und dem, was sie "Institutionalism" nennen, hin. Aus der Vielschichtigkeit der Wechselbeziehungen zwischen (1) der Art der schizophrenen Erkrankung (2) der Be-



schaften schizophrener und dem Arousel-Niveau vermuten. Ähnlich werden die Eigenschaften Introversion-Extraversion von EYSENCK (1967, 1976a) auf ein bestimmtes Arousel-Niveau zurückgeführt. Generell kann man sich zwei Typen von Schizophrenen vorstellen, die sich hinsichtlich gewisser Aspekte ihres sozialen Verhaltens (Aktiv vs. Zurückgezogen) unterscheiden und dann annehmen, dass diese Unterschiede Zusammenhänge aufweisen mit (1) Persönlichkeitsfaktoren (2) dem Krankheitstypus und (3) dem Erholungsablauf (recovery). Tatsächlich konnten DEPUE, DUBICKI und MCCARTHY (1975) auf unterschiedliche Erholungsabläufe hinweisen. Schizophrene Patienten mit hohen Aktivitätswerten auf der VENEABLES-Scale erholten sich während der ersten 5 Wochen nach ihrer Aufnahme, hinsichtlich der Besserung ihrer intellektueller, assoziativer und psychophysiologischer Funktionen signifikant rascher als eine Kontrollgruppe zurückgezogener Patienten.

#### 4.3. "Institutionalismus"

In einer in der Zwischenzeit klassisch gewordenen Arbeit schildern WING und BROWN (1970) die Ergebnisse einer Langzeituntersuchung über die Wechselbeziehung zwischen "Behinderungen" chronisch-schizophrener und der behandelnden Institution (Klinik, Spital). Sie unterscheiden 3 Arten von Behinderungen: (1) Prämorbide Behinderungen wie mangelnde Schulbildung, geringe Intelligenz, Zugehörigkeit zu einer benachteiligten sozialen Schicht, körperliche Invalidität etc. (2) Primäre Behinderungen, d.h. direkte Symptome wie Wahn, Halluzinationen, Denkstörungen - also die meisten produktiven psychopathologischen Erscheinungen. (3) Sekundäre Behinderungen; diese sind unter anderem soziale Isolierung infolge des Krankheitsausbruchs und -verlaufs, Regression, Hospitalisierungserscheinungen etc. Diese Gruppe von sekundären Behinderungen fassen WING und BROWN unter der Bezeichnung "Institutionalismus" (Institutionalism) zusammen und beschreiben es als "regressive Anpassung an ein künstlich-abgeschlossenes, beengendes und infantilisierendes Milieu bei gleichzeitigem Verlernen vieler sozial und beruflich wichtiger Kenntnisse und Fähigkeiten" (CIOMPI, AGUÉ und DAUWALDER, 1977). Hinzu kommt, dass der Institutionalismus eine negative Einstellung gegenüber der eigenen Entlassung be-

wirkt. WING und BROWN interessieren sich auch für die Zusammenhänge, die möglicherweise zwischen allen drei Arten der Behinderungen und dem Institutionalismus bestehen. Sie kommen dabei zu folgenden Schlüssen:

- (1) Ein wesentlicher Teil der Morbidität chronisch Schizophrener ist weitgehend ein Produkt ihrer Umgebung. Bis zu einem gewissen Grad ist es durch Veränderung der Milieufaktoren möglich, die Folgen dieser Behinderungen positiv zu beeinflussen.
- (2) Die drei Arten der Behinderungen stehen in unterschiedlicher Beziehung zum Institutionalismus. Diese Zusammenhänge sehen wie folgt aus:
  - (a) Prämorbid Behinderungen, insbesondere Mängel an sozialer Anregung sind mit grosser Wahrscheinlichkeit für die "negative" Symptomatik (Trägheit, Affektstumpfheit und Sprachverarmung) mitverantwortlich.
  - (b) Primäre Behinderungen: Hier unterscheiden die Autoren zwischen "produktiver Symptomatik" (florid symptoms) und "negativer Symptomatik". Im allgemeinen ist die produktive Symptomatik (Wahn, Halluzinationen, gewalttätiges Verhalten und Sprachinkohärenz) bei chronisch Schizophrenen eher selten. Es gibt keinen Hinweis, dass soziale Stimulierung zum Wiederaufflammen der produktiven Symptomatik führt. Hingegen kann eine Unterstimulation die negative Symptomatik fördern, wobei der Rückzug des Patienten als Selbstschutzmechanismus gegenüber seiner Umgebung verstanden werden kann. Ueberstimulation verhindert diesen Rückzug. Wenn sich der Patient nicht mehr schützen kann, kommt es möglicherweise zu Krisen aus Ueberforderung und zum Wiederaufflammen der produktiven Symptomatik.
  - (c) Sekundäre Behinderungen: Zwei Faktoren bedingen den sozialen Rückzug. Da schizophrene Patienten im Allgemeinen eine Anfälligkeit (vulnerability) für soziale Unterstimulation aufweisen, reagieren sie auf unterstimulierender Umgebung in der Klinik mit sozialem Rückzug. Zweitens spielt dabei die Einstellung gegenüber der eigenen Entlassung eine wichtige Rolle. Der Institutionalismus beeinflusst diese Einstellungen in der Weise

dass die chronisch Schizophrenen gar keine Entlassung anstreben. Versuche, diese negative Einstellung zu ändern, haben sich als äusserst schwierig erwiesen.

- (3) Das therapeutische Milieu kann durch optimale Stimulation das soziale Verhalten chronisch Schizophrener positiv beeinflussen. Zunächst müssen die zwei Komponenten, die den Institutionalismus fördern, beseitigt werden. Diese sind die Inaktivität und die allgemeine Einschränkung (restrictivity). Darauf soll eine schrittweise Einführung sozialtherapeutischer Massnahmen erfolgen. Als weitaus wichtigste Massnahme hat sich dabei die Ergotherapie erwiesen, die sich indessen erst nach der Aufhebung unnötiger Einschränkungen positiv auswirken kann. Weitere Massnahmen sind: Freundliche und optimistische Atmosphäre, Unterstützung durch das Personal, Uebertragung von Verantwortung, sowie gezielte Aneignung sozialer Fertigkeiten. Letztere ist für die Veränderung der negativen Einstellung gegenüber der eigenen Entlassung besonders wichtig, da die Beherrschung sozialer Fertigkeiten das Selbstvertrauen und die Selbstsicherheit unterstützt und die Angst vor der Entlassung mildert. Das Konzept der optimalen Stimulation soll auch eine individuellere Betreuung anstreben und jedem Patienten eine angemessene Zuwendung ermöglichen.

Zusammenfassend gelangt man durch die Untersuchungsergebnisse von WING und BROWN wohl zu der Schlussfolgerung, dass Milieufaktoren für das soziale Verhalten chronisch Schizophrener eine entscheidende Rolle spielen.

3.5.

Zusammenfassung

Wir wollen nun versuchen, die Ueberlegungen des Kapitels 3 wie folgt zusammenzufassen.

- 1) Individuen verhalten sich in sozialen Situationen nach bestimmten Gesetzmässigkeiten. Diese lassen sich in a) Persönlichkeitseigenschaften und b) Milieubedingungen einteilen.
- 2) Empirisch = bzw. faktorenanalytisch kann man zwei Persönlichkeitstypen bestimmen, die sich in einer sozialen Situation unterschiedlich verhalten. Feldabhängige bzw. extravertierte Persönlichkeitsstrukturen sind darin ansprechbarer als feldunabhängige bzw. introvertierte.
- 3) Es besteht eine dauernde Wechselbeziehung zwischen Personen und sozialen Situationen. Das soziale Verhalten ist ein Produkt dieser Wechselbeziehung, bei der auch biologische Faktoren eine Rolle spielen.
- 4) Das soziale Verhalten Schizophrener unterliegt ähnlichen Gesetzmässigkeiten wie das soziale Verhalten "Normaler". Allerdings muss man dabei berücksichtigen, dass Schizophrene eine Anfälligkeit für fehlende soziale Anregung haben und dass chronisch Schizophrene unter diesen Bedingungen zum sozialen Rückzug neigen.
- 5) Die Gestaltung eines "optimal stimulierenden sozialen Milieus" führt zur positiven Beeinflussung des sozialen Verhaltens chronisch Schizophrener in einer Weise, dass sie sich weniger zurückziehen und besser auf soziale Reize ansprechen.
- 6) Durch die Aneignung von sozialen Fertigkeiten und durch positive Beeinflussung des sozialen Verhaltens kann ein Prozess des sozialen Lernens einsetzen, der gleichzeitig soziale Verhaltensweisen fördert.

## Schizophrene Subtypen

### =====

1.0.

### Einleitung und Problemdarstellung

E. BLEULER führte 1911 die Bezeichnung "Schizophrenie" ("Spaltungsirrsein"), ein, "weil ihm die elementarsten Störungen in einer mangelhaften Einheit, in einer Zersplitterung und Aufspaltung des Denkens, Fühlens und Wollens und des subjektiven Gefühls der Persönlichkeit zu liegen schienen" (M. BLEULER, 1969). Dass er dennoch von der "Gruppe der Schizophrenien" sprach, lag daran, dass es ihm nicht schien, "dass man aus den Gemeinsamkeiten der Symptomatologie und des Verlaufs schon auf eine Krankheitseinheit schliessen dürfte" (M. BLEULER, 1969). Auch heute ist nach Ansicht M. BLEULER's am Begriff der "Gruppe der Schizophrenien" festzuhalten, da "alle Schizophrenien mit noch so unterschiedlichen Verlaufsformen ... nicht nur vieles in der Symptomatologie gemeinsam (haben), sondern sie haben auch gemeinsame familiäre Hintergründe" (1972, S. 552). Der Oberbegriff "Schizophrenien" umfasst "Psychosen, die ihrem Wesen nach Gemeinsames haben" (1972, S. 516).

Die Frage, ob es die Schizophrenie in Einzahl oder die Schizophrenien in Mehrzahl gibt, ist so alt, wie der Begriff selbst. In der allgemeinen Medizin setzte sich die Erkenntnis durch, scheinbar einheitliche Krankheitsbilder in Gruppen zu unterteilen, denen eine jeweils eigene Aetiologie, Prognose und Therapie zukäme.

Die Unterteilung in mehrere Krankheitsgruppen war nicht bloss von theoretischem (=nosologischem bzw. nosographischem) Interesse. Sie wurde aus praktischen (experimentell-deskriptiven) Erfahrungen gewonnen und führte zudem zu einer gezielteren, erfolgreicheren Therapie wie auch zur Einleitung präventiver Massnahmen. Die enorme menschliche, soziale, oekonomische und wissenschaftliche Bedeutung der schizophrenen Erkrankung legte die Aufgabe nahe, auch die Kranken mit schizophrenieartiger Psychopathologie nach gleichen Prinzipien in Untergruppen (bzw. in Subtypen, engl.; "sub-type") einzu-

teilen. Grundsätzlich lassen sich hier zwei "Richtungen" erkennen, die sich in ihren Schlussfolgerungen unterscheiden: Nämlich die von M. BLEULER und jene von L. BELLAK und ihren Mitarbeitern.

In seinem Referat "Ueber Grenzen des Schizophreniebegriffes - und Grenzen der Bedeutung psychiatrischer Diagnostik" (1971) fasst M. BLEULER zusammen: " Der Versuch ist misslungen, innerhalb der Gruppe der Schizophrenien Untergruppen verschiedener Aetiologie und verschiedenen Wesens zu unterscheiden. Wir dürfen von einer Schizophrenie und ihren Grenzen sprechen, so unterschiedliche Krankheitsbilder sie auch umfasst" (S. 1457). Zu dieser Schlussfolgerung kommt BLEULER aufgrund folgender Ueberlegungen: Erstens lassen sich schizophrene Krankheitsbilder nicht nach verschiedenen Aetiologien unterteilen. Alle Schizophrenien hängen von persönlichen Dispositionen und der Lebenserfahrung ab, andere kausal wesentliche Voraussetzungen liessen sich nicht entdecken. Zweitens zeigt die Querschnittsbetrachtung, dass es keine psychopathologischen Unterformen der Schizophrenie gibt, die sich derart scharf von anderen abgrenzen liessen. Drittens zeigt die Längsschnittsuntersuchung, dass Uebergänge von einem psychopathologischen Bild mit schizophrener Symptomatologie zu einem anderen bei ein und demselben Kranken überaus häufig sind. Und schliesslich zeigt viertens die Familienforschung, dass in ein und derselben Familie Schizophrenien verschiedener Verlaufsformen und verschiedener Symptomatologie häufig sind. Dennoch meint BLEULER, dass man "innerhalb der Gruppe der Schizophrenien von Typen mit verschiedener Symptomatologie und verschiedenem Verlauf sprechen kann" (S. 1459). Diese Typen würden als Orientierungshilfe innerhalb der vielgestaltigen schizophrenen Symptomatik in vier "Hauptgestaltungen" (BLEULER, 1969) unterteilt. Diese sind die (1) Paranoide Schizophrenie (2) Katatonie (3) Hebephrenien und die (4) Schizophrenia simplex. Sie stellen keine nosologischen Einheiten dar und unterscheiden sich in Vorkommen bzw. Fehlen bestimmter Symptomgruppen.

Einen anderen Standpunkt nehmen BELLAK und seine Mitarbeiter ein (BELLAK, L., 1979., BELLAK, L., STRAUSS, J.S., 1979). Für sie liegen die Gründe für den "misslungenen Versuch, inner-

halb der Gruppe der Schizophrenien Untergruppen verschiedener Aetiologie und verschiedener Wesensart zu unterscheiden" - wie es BLEULER formulierte - sowohl in der bisherigen Zielsetzung der wissenschaftlichen Forschung als auch im Fehlen einer umfassenden Forschungsstrategie und -methodik. Bisher führte die Diskussion der möglichen schizophrenen Untergruppen zur Unterteilung einer grösseren Gruppe schizophrener in mehr oder weniger kleinere, in Bezug auf ihre Symptomatik homogene Gruppen, die aber weder bedeutsame ätiologische Unterschiede aufwiesen noch wesentliche Schlussfolgerungen für eine typenspezifische Behandlung hervorbrachten. Andere, nicht symptombezogene Kriterien wurden während langer Zeit weniger beachtet. Die in den letzten zwanzig Jahren vorallem in den anglosächsischen Ländern erfolgte systematische Erfassung deskriptiver, genetischer, biochemischer, psychologischer und sozialer Daten, die eine direktere Beziehung zur Aetiologie, Behandlung und Prognose anstrebt, verspricht die Formulierung neuerer Konzepte und Kategorien schizophrener Untergruppen ("sub-type"). Eine der gegenwärtigen Forschungsrichtungen, die ein solches neues Konzept der schizophrenen Untergruppen anstrebt, ist die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der prämorbid-psychosozialen-Persönlichkeit und dem Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen, über welche wir in Kapitel 5 berichten werden. BELLAK schlägt eine globale, systematische und simultane Strategie vor, die der Erfassung aller im Zusammenhang mit der schizophrenen Erkrankung relevanten Daten dienen soll. Diese komplizierte Methode, die er als "repetitively shiftig" oder auch als "minimax-model" (1966, 1979) bezeichnet, lässt sich in ihren Grundzügen wie folgt beschreiben: An einer sehr grossen Stichprobe von Schizophrenen (mehrere tausende Patienten) soll ständig und simultan wiederholt versucht werden, diejenigen Faktoren zu identifizieren, die eine Unterteilung in mehrere homogene Untergruppen ermöglichen. Gleichzeitig soll jeder Patient auf das Vorkommen von neurologischen, biochemischen, experimentellen, genetischen und Infektionsfaktoren hin untersucht werden. Alle auf diese Weise gewonnenen Faktoren sollen statistisch (ev. mit Hilfe einer Cluster-Analyse) untersucht werden, mit dem Ziel, die primäre

Bedeutung einer Faktorengruppe für eine bestimmte schizophrene Untergruppe nachzuweisen. Sobald solche schizophrene Untergruppen feststehen, soll in jeder Gruppe jeder einzelne Patient analog untersucht werden. Dabei müssen klinische, genetische, soziale Charakteristika u.a.m. mit verschiedenen Therapieformen (Pharmakotherapie, Psychotherapie, Leibbezogene Therapien u.ä.) wie auch mit den verschiedenen Prognose-Kriterien korreliert werden. Nur in der simultanen Erfassung von Faktoren, die möglicherweise sowohl bei der Entstehung schizophrener Untergruppen als auch für die Erkrankung einzelner Patienten eine vorrangige Bedeutung haben können, sieht BELLAK eine Chance für den Nachweis schizophrener Untergruppen, die sich bedeutsam in aussersymptomatischen Kriterien (z.B. Ätiologie) voneinander unterscheiden können.

Seit Beginn der siebziger Jahren arbeiten vor allem nord-amerikanische Schizophrenieforscher an neuen Konzepten schizophrener Untergruppen, die sich am Modell von BELLAK orientieren. Einige vorläufige Ergebnisse liegen bereits vor (s. Schizophrenia Bulletin. vol. 5, Nr. 3., 1979). Das folgende Kapitel orientiert sich zunächst am Konzept von BLEULER (1969, 1971, 1972), wobei die Charakteristika der genannten "Hauptgestaltungen" berücksichtigt werden. Es folgt eine kurze Uebersicht über "Prozess-" bzw. "Reaktive Schizophrenien" sowie über Verhaltensmerkmale von "paranoiden" bzw. "nicht-paranoiden Schizophrenen" im sozialen Milieu. Das Kapitel schliesst mit der Formulierung von Verhaltenscharakteristika Schizophrener, die nach einer Beobachtung in der therapeutischen Gemeinschaft der psychiatrischen Klinik "Schlössli" (LILIENFELD, STAUFFACHER und WIRZ, 1976) vorläufig die Bezeichnung "Aktiv-Schizophrener-Subtypus" bzw. "Passiv-schizophrener Subtypus" tragen.

2.

## Die vier "Hauptgestaltungen" der Schizophrenien nach BLEULER:

BLEULER's Konzeption der Unterformen oder Untergruppen wurde aufgrund des Zusammentretens bestimmter Symptome zu Symptomverbänden (=Syndrome) vorgenommen. Sie erfolgte "anhand von grundsätzlich reversiblen produktiv-psychotischen Symptomen, von paranoid-halluzinatorischen Erlebnisweisen, katatonen Störungen oder von (gleichfalls häufig rückbildungsfähigen) die Hebephrenie kennzeichnenden Denk-, Affekt- und Ausdrucksstörungen" (HUBER und ZERBIN-RUEDIN, 1979. S. 89). Diese symptombezogene Klassifikation ist nach HUBER (dort, S. 90) bloss didaktisch und "für die Orientierung der Psychopharmakotherapie nach Zielsyndromen" von Interesse. Unseres Erachtens liegt ihre Bedeutung viel mehr in der Möglichkeit der psychotherapeutischen Indikation. Psychotherapie meint hier nicht nur das Einzelgespräch, sondern vorallem die Milieugestaltung, zu welcher ausser vielfältiger Gruppenaktivitäten (von der Gruppen- und Ergotherapie bis zu den gemeinsamen Freizeitaktivitäten) auch die gemeinsame Gestaltung des Abteilungslebens durch die Patienten und das Personal im Sinne einer möglichst optimalen Mitverantwortung und Mitbestimmung aller Beteiligten gehört. Die Tatsache, dass der Verlauf einer individuellen Erkrankung oft fließende Uebergänge in der "Entwicklung" der Symptomatik aufweist - was nicht zuletzt auf den Einfluss der Psychopharmaka zurückzuführen ist - sowie der Umstand, dass oft Uebergänge von einer Untergruppe in eine andere festzustellen sind, ist für die Psychotherapie von grosser Bedeutung und berechtigt ebenfalls zu einer symptombezogenen Klassifikation nach Untergruppen innerhalb der Schizophrenien. Paranoidie, Katatonie, Hebephrenie und Schizophrenia Simplex sind nicht nur Unterformen der Schizophrenen Erkrankung. Sie präsentieren sich durch Menschen, die sich in einem Milieu unterschiedlich verhalten und demnach recht verschieden auf ein therapeutisches Milieu ansprechen. Auch für die milieutheraeutische Indikation ist deshalb die Zuordnung des klinischen Bildes eines an Schizophrenie erkrankten Menschen zu einer der vier Untergruppen sinnvoll.

In seinem "Lehrbuch der Psychiatrie" (wir verwenden für unsere Ausführungen die 11. Auflage, 1969.) beschreibt M. BLEULER die folgenden vier Untergruppen:

#### 1. Die paranoide Schizophrenie:

Die vorherrschenden Symptome dieser Untergruppe sind wahnhaft und halluzinatorische Erlebnisweisen, weshalb man sie auch "paranoid-halluzinatorische Unterform" (HUBER und ZERBIN-RUEDIN, 1979) nennt. "Das Paranoid" (BLEULER, 1969) durchläuft ein Stadium des Unbehagens, wobei sich durch allmählich sicherer werdende Beziehungsideen im Laufe der Jahre ein kompliziertes Bündel von Wahnideen ausbildet. Diese weisen einen losen Zusammenhang auf, vorallem durch die Richtung der Verfolgung, der Hpochondrie und der Grösse. Nicht selten wird diese Richtung der Beziehungsideen und Halluzinationen erst im späteren Krankheitsverlauf erkannt, während sich der Beginn der Erkrankung durch ganz plötzlich auftauchende fertige primordiale Wahnideen kennzeichnet. Demnach kann die paranoide Schizophrenie gleich als eine solche beginnen oder auf einen anderen akuten Initialauftritt (melancholisch, kataton, manisch etc.) folgen.

Die wahnhaften und halluzinatorischen Erlebnisweisen von Paranoidschizophrenen zeigen noch eine engere Verbindung und Verzahnung mit der prämorbidem Persönlichkeit und der individuellen Lebensgeschichte als diejenige der anderen Schizophrenien (HUBER u. ZERBIN-RUEDIN, 1979). Allerdings unterscheiden sich auch hier innerhalb der Paranoid-Schizophrenen zwei Subgruppen voneinander, wie es weiter unten in Kapitel 5 (Abschnitt: 5.3.2) beschrieben wird.

Die Erkrankung an paranoider Schizophrenie vor und bis zum 40. Lebensjahr gilt allgemein als typisch. Der individuelle Verlauf ist sehr unterschiedlich. Viele Patienten können sich vor der ersten Hospitalisation bzw. nach einer Entlassung verhältnismässig lange ausserhalb der Klinik halten. Bei anderen wiederum ist eine wiederholte Hospitalisation bei einer Exazerbation der floriden Symptomatik und für dessen Dauer nötig. Ein mehrjähriger Klinikaufenthalt kommt heute, wegen der erfolgreichen Behandlung mit Psychopharmaka, die den (psychotherapeutischen) Zugang zum Patienten ermöglicht,

eher selten vor. Hingegen weisen die erst im 5. bzw. 6. Jahrzehnt auftretenden "Spätschizophrenien", bei welchen nach HUBER (1979) paranoid-halluzinatorische (59.4 %) und paranoide (23.2 %) Bilder vorkommen, einen eher chronischen Verlauf auf.

## 2. Die katatone Schizophrenie:

Wird das Bild der schizophrenen Erkrankung durch eine katatone Symptomatik beherrscht, so nennt man es Katatonie. Sie verläuft typischerweise mit akuten Exazerbationen mit psychomotorischer Erregung und /oder stuporösen Zuständen. Dabei können andere produktiv-psychotische schizophrene Symptome zurücktreten (müssen es aber nicht) und symptomfreie Intervalle vorkommen. Akutkatatone Initialauftritte, wo unter Umständen "die Psychose von einem Augenblick zum anderen offenbar" wird (BLEULER, 1969., S. 309.), kommen selten vor (nach HUBER in ca. 5 % der Erkrankungen) und sind prognostisch günstig. Chronische und akute Zustände können bei manchen Patienten wechseln. Die lebensbedrohlichen Katatonien, die perakut ausbrechen und die von schwerster Erregung, schwerster Akrozyanose, spontanen Hämatomen, febrilen Temperaturen und permanenter Tachycardie begleitet werden, kommen in den letzten Jahren seltener vor, müssen dann auf jeden Fall primär somatisch (medikamentös) behandelt werden. M. BLEULER (1969, S. 309-310) führt als Beispiele folgende Katatonien auf:

Katatonie (mit psychomotorischer Erregung, wahnhaften- und halluzinatorischen Erlebnissen), depressive Katatonie, manische Katatonie, zyklische Katatonie. (Bei diesen 3 Formen ist die Katatonie von der entsprechenden Stimmungs- und Affektmodalität begleitet), sowie chronische Katatonie.

Es scheint uns wichtig, zur Beschreibung der Katatonie noch etwas hinzuzufügen. Katatone Patienten sind während der stuporösen Phase keineswegs einfach von der Umwelt getrennt und unzugänglich. Nach eigenen Erfahrungen sind sie für einfache empathische Zuwendungen durchaus zugänglich, auch wenn sie kaum oder keine Reaktion darauf zeigen. Nicht selten stellt sich in einer Psychotherapie, die nach Abklingen der akuten Phase beginnt, heraus, dass solche (verbale oder mittels Körperkontakt zum Ausdruck gebrachten) Zuwendungen für den

stuporös-katatonen Patienten von existenzieller Bedeutung sind.

### 3. Die Hebephrenie:

Der Begriff Hebephrenie kennzeichnet schizophrene Erkrankungen mit "akzessorischen Symptomen verschiedener Art und wechselnder Stärke" (BLEULER, 1969, S. 401). Nach BLEULER bildet der Begriff Hebephrenie "den grossen Topf, in den die (schizophrenen) Formen geworfen werden, die nicht bei den anderen drei (-paranoide Schizophrenie, katatone Schizophrenie sowie Schizophrenia simplex) unterzubringen sind" (s. dort). Viele Hebephrenien, aber durchaus nicht alle, zeichnen sich durch den frühen Beginn in und nach der Pubertät aus. Die Symptome umfassen Aktivitäts-, Affekt- Kontakt- und Ausdrucksstörungen. Das hebephrene Syndrom "mit seiner heiter-läppischen Gestimmtheit, mit ungeniert enthemmtem und albern-schnippischem Benehmen, pathetischem Ausdruck, Altklugheit und unvermittelter Neigung zur Beschäftigung mit den höchsten Problemen hat Ähnlichkeit mit Zügen des Flegel- und Backfischalters" (HUBER und ZERBIN-RUEDIN, 1979., S. 90). Neben der läppisch-maniformen kommt auch eine mehr apathisch-indifferente Form vor. Unter den von BLEULER in seinem Lehrbuch aufgeführten Beispielen findet man die Hebephrenie mit manischen und depressiven Anfällen sowie die hypochondrische Hebephrenie (1969. S. 401-402).

### 4. Schizophrenia simplex:

Nach BLEULER handelt es sich bei der Schizophrenia simplex um dasjenige Krankheitsbild, bei dem nur die Grundsymptome das Krankheitsbild bestimmen. Diese Grundsymptome sind: "Gedankengang, Affektivität und subjektives Erleben der eigenen Persönlichkeit sind typisch verändert", Aktivitätsstörungen (Störungen des Wollens und des Handelns, Ambivalenz) sowie autistischer Kontaktverlust (1969. S. 370).

Zur Verlaufscharakterisierung sagt BLEULER: "Meist handelt es sich um ganz allmählich im Laufe von Jahrzehnten zunehmende Störungen." Die recht unterschiedlichen Krankheitsbilder weisen unter Umständen "ein einfaches Versagen im Beruf und allmähliches Versinken von Stufe zu Stufe, mehr

oder weniger ausgesprochene Querulanz ..., Alkoholismus usw." (1969, S. 402) auf. Da diese schizophrene Erkrankung meist erst bei sozialer Auffälligkeit erkannt bzw. diagnostiziert wird, wird der bisherige Zustand als "latente Schizophrenie" bezeichnet. Dieser Begriff darf nach BLEULER nur in diesem Zusammenhang verwendet werden, auf keinen Fall aber für die (falsche) Diagnose Schizoider bzw. sogenannter Pseudoneurotiker, bei denen man aus irgend einem Grund eine "versteckte" schizophrene Erkrankung vermutet (1971).

Selbstverständlich umfasst die obige Einteilung in vier Untergruppen nicht alle schizophrenen Krankheitsbilder. Immer wieder begegnet man in der Klinik Menschen, deren schizophrene Erkrankung sich nicht ohne weiteres in eine dieser vier Hauptgestaltungen einreihen lässt. Viele akute schizophrene Zustände weisen in ihrer Vorgeschichte persönliche psychische Belastungen auf, in denen man Ursachen oder zumindest Mitursachen der akuten Episoden vermuten kann. Auf der anderen Seite trifft man in psychiatrischen Kliniken schwerste chronisch-schizophrene Zustände, deren mögliche Bedingungsfaktoren kaum oder gar nicht mehr eruierbar sind. Wir haben in unserer Arbeit diese beiden Gruppen ausgelassen, da es uns hier in erster Linie um das Konzept einer allgemeinen Unterteilung in Untergruppen (=sub-types) geht, die nach dem Zusammentreffen bestimmter Symptome bzw. Syndromverbände vorgenommen wurde. Eine ausführliche Schilderung von akut-schizophrenen-Episoden bzw. von schwersten-chronischen-Zuständen findet man in BLEULER's "Lehrbuch der Psychiatrie" (11. Aufl., 1969, S. 403-405).

### 3.0. Prozess- und reaktive Schizophrenien:

Im Jahre 1911 revidierte E. BLEULER das Konzept der "Dementia Praecox" von KRAEPELIN (1896). Er erkannte, dass es Patienten gibt, die zwar die KRAEPELIN'schen Kriterien der "Dementia praecox" erfüllen, dennoch einen gutartigen Krankheitsverlauf bis zur u.U. vollständigen Heilung aufweisen. Es schien ihm notwendig, weitere differenziertere Kriterien zur Klassifizierung der Schizophrenie zu erarbeiten, um mit deren Hilfe

präzisere Vorhersagen zum Verlauf und Ausgang der Erkrankung machen zu können.

Der Gedanke, schizophrene Erkrankungen in zwei Untergruppen einzuteilen, die sich in ihrem (benignen bzw. malignen) Ausgang, also in ihrer Prognose voneinander unterscheiden, wurde wieder erst mehrere Jahre später von KRETSCHMER (1924) und MANZ (1930) aufgegriffen, indessen erst von LANGFELDT (1937, 1938, 1951. Zitiert nach LANGFELDT, 1956) klinisch genau weiterverfolgt. Er wies nach, dass sich eine "nicht endgültige" (=indefinite) Schizophrenie mit guter Prognose von einer "endgültigen" (=definite) Schizophrenie (mit schlechter Prognose) unterscheidet.

Etwa zur gleichen Zeit berichteten MILICI (1939) sowie PAS-KIND und BROWN (1940) über solche als Schizophrenie diagnostizierten Krankheitsbilder, bei denen ein emotionaler und/oder Umweltstress eindeutig als Auslösefaktor identifiziert werden konnte. Diese wiesen einen verhältnismässig raschen und gutartigen Verlauf auf und gingen unter Umständen in eine vollständige Heilung aus. Diese Befunde gaben den Anstoss für eine Reihe von Untersuchungen, die auf das Vorkommen von reaktiv-schizophrenen Krankheitsbildern hinweisen k. unten.

"Reaktiv" meint hier, dass mehr oder weniger identifizierbare Umwelt- bzw. emotionale Faktoren in logischem Zusammenhang mit dem Ausbruch einer als Schizophrenie diagnostizierten Erkrankung stehen. Demgegenüber wurde die Gruppe der an Schizophrenie erkrankten Patienten, für welche keine eindeutigen Auslösefaktoren ausfindig gemacht werden konnte, und die eher einen schlechten, mitunter über mehrere Jahre führenden prozesshaften, chronischen Verlauf zeigten, mit der Bezeichnung Prozess-Schizophrenie versehen. Die Frage, ob es sich bei beiden Krankheitsformen um eine echte Schizophrenie handelt, findet ihren Niederschlag bei KANTOR, WALLNER und WINDER (1953). Sie unterscheiden zwischen einer Prozess-, als einer wahren (=true) oder einer chronischen Schizophrenie auf der einen und einer reaktiven-, gutartigen oder einer Akutschizophrenie auf der anderen Seite. In den nachfolgenden Jahren nahm das Interesse der klinischen Forschung für eine Einteilung der schizophrenen Krankheitsbilder in symptomunabhängige Untergruppen zu. Wir

wollen nun mit BECKER (1959) und HERRON (1962) diese Untergruppen wie folgt beschreiben:

Bei der Prozess-Schizophrenie handelt es sich um eine langdauernde, progressive Störung der Anpassungs- und Regulationsfähigkeit mit wenig Aussicht auf Heilung. Das Syndrom charakterisiert Personen mit einem unverhältnismässigen Mangel an persönlicher Differenziertheit. Ihr Interessenbereich ist eingeengt und wenig intensiv. Das Verhalten erscheint nach aussen rigid bei fehlender innerer Gerichtetheit und Zielsetzung. Solchen Personen fehlt es an Selbstständigkeit (=independence) und sie haben Mühe in heterosexuellen Beziehungen. Sobald sie mit gewöhnlichen Problemen, mit denen Erwachsene in unserer komplexen Kultur in der Regel konfrontiert werden, nicht mehr umgehen können, erfolgt eine Dekompensation, die eine Hospitalisierung notwendig macht. Demgegenüber lässt die Reaktive Schizophrenie sowohl auf Grund der persönlichen Lebensgeschichte und der adäquaten sozialen Entwicklung sowie auf Grund des durch Stressfaktoren bedingten plötzlichen Krankheitsausbruchs eine eher gute Prognose vermuten. Die prämorbid Persönlichkeit ist (im Vergleich zum Prozess-Schizophrenen) eher normal. Heterosexuelle Beziehungen sind in der Regel vorhanden. Eine persönliche Motivation sowie eine innere Gerichtetheit (im Sinne einer persönlichen Zielsetzung) sind deutlich zu erkennen. Gewöhnlicher Umweltstress wird länger und besser toleriert, bevor es zu einem "regressiven Zusammenbruch" (damit ist der Krankheitsausbruch gemeint) kommt. Auch während der regressiven (=akuten) Phase bleibt eine Spur eines bereits höhererreichten Entwicklungsniveaus sichtbar. Dieses wirkt sich kompensatorisch aus und begünstigt die Erholung, sobald der auslösende Stress aufgehoben wird. Der innere Kampf, der während der akuten Phase von einer starken affektiven Reaktion begleitet wird, ist ein Hinweis auf ein weiteres teilweises Fortbestehen der Ich-Funktionen von Reaktiv-Schizophrenen.

Diese deskriptive, zum Teil entwicklungspsychologisch bedingte Charakterisierung beider Untertypen wirft grundsätzlich vier Fragen auf:

- 1) Handelt es sich beim Konzept der Prozess- bzw. der Reaktiven Schizophrenie um zwei sich klar voneinander unterscheidende Untergruppen im Sinne einer Dichotomie oder um ein Kontinuum, wobei sich an dessen einem Ende die extreme Form der Prozess- an dessen anderem Ende die extreme Form der Reaktiven Schizophrenie befinden? Für den zweiten Fall wären fließende Uebergänge sowie Mischtypen möglich.
- 2) Welche lebensgeschichtlichen Faktoren bedingen möglicherweise den prozesshaften bzw. den reaktiven Verlauf einer schizophrenen Erkrankung?
- 3) Inwiefern lassen sich die sogenannten "Auslösefaktoren" der Reaktiven Schizophrenie sinnvoll vom progressiven Verlauf der Prozess-Schizophrenie unterscheiden?
- 4) Ist die Prognose eine einer Untergruppe innewohnende Variable oder hängt sie weitgehend von der Art der zur Anwendung gelangten Therapie (Pharmako- und Psychotherapie) ab?

Nachfolgend wollen wir diese Fragen diskutieren und gleichzeitig auf einige Aspekte der Prozess-Reaktiven-Typologie eingehen.

#### 4.3.1. 1. Prozess-Schizophrenie vs. Reaktive-Schizophrenie: Dichotomie oder Kontinuum?

Die Frage, ob es sich beim Prozess-Reaktiven-Konzept um zwei sich voneinander unterscheidende dichotome Gruppen oder um zwei Enden eines gegebenen Kontinuums mit möglichen Mischformen handelt, muss wohl nach verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden. WITTMAN (1941) hat auf Grund seiner Untersuchungen an einer sehr grossen Stichprobe mit der von ihm entwickelten "Elgin prognostic scale" für "two definitely classes or types" schizophrener Krankheitsbilder argumentiert (S. 22). Folgt man dieser Schlussfolgerung, so müsste man wohl auch argumentieren, dass solche sich voneinander gänzlich unterscheidenden Untergruppen ebenfalls verschiedene Aetiologien implizieren, nämlich eine organisch-somatogene (für die Prozess-Schizophrenen), sowie eine funktionell-psycho gene (für die Reaktiv-Schizophrenen). Dass es indessen keine Schizophrenien unterschiedlicher Aetiologien gibt, hat bereits deutlich BLEULER (1971, 1972) betont. Zudem wiesen

CHAPMANN et.al. (1961) nach, dass das Auswertungssystem der eher diffusformulierten Items der "Elgin prognostic scale", das den Untersucher vor allem durch den sogenannten "allgemeinen Eindruck" beeinflusst, eine dichotome Zuteilung in eine Prozess-Schizophrene oder in eine Reaktiv-schizophrene Gruppe begünstigt. HIGGINS und PETERSON (1966) erklären die Begünstigung eines dichotomen Konzeptes durch viele Autoren mit dem Umstand, dass man mit klar voneinander abgrenzbaren Untertypen methodische Vorteile hat (z.B. einfachere Versuchsanordnungen mit Kontrollgruppen) und statistisch eher signifikante Ergebnisse erzielt. Doch setzt sich in der neuen Literatur der Standpunkt des "Process and reactive continuum in schizophrenia" (so HEILBRUN, 1973) vermehrt durch. Für die meisten Autoren lassen sich die Prozess- bzw. die Reaktive Schizophrenie entwicklungspsychologisch erklären (s. unten). BECKER (1959) sieht im "Organisationsniveau der Persönlichkeit" (=level of organization) den kontinuierlichen Faktor, der von der "normalen" Persönlichkeit durch die Persönlichkeit des Reaktiv-Schizophrenen hindurch und bis zu denjenigen des Prozess-Schizophrenen die Erlebnis- und Handlungsweisen kennzeichnet. ZIEGLER und PHILIPS (1962) führen die unterschiedlichen Krankheitsbilder auf die "soziale Kompetenz" (=social competence), die das Individuum in seiner bisherigen Entwicklung erreicht hatte, zurück. Für HEILBRUN (1973) ist der persönliche "adaptive Stil" (close adaptation style vs. open adaptation style) mit der sozialen Umwelt für die Prozess- bzw. für die Reaktive Schizophrenie von entscheidender Bedeutung. Jedenfalls, so scheint es uns, wird ein Konzept, das die Prozess- und die Reaktive Schizophrenie innerhalb eines Kontinuums annimmt, auch der klinische Erfahrung gerechter. Diese zeigt, dass bei der Anwendung adäquater Therapie auch Patienten, die bis anhin als Prozess-Schizophrene diagnostiziert wurden, zuweilen eine gute Prognose mit weitgehend gelungener Rehabilitation aufweisen können (siehe dazu auch WING und BROWN, 1970., sowie CIOMPI et al., 1977).

#### 4.3.2. 2. Relevante lebensgeschichtliche Ereignisse:

Die Frage nach der Bedeutung der Lebensgeschichte Schizophrener für den Ausbruch, den Verlauf und den Ausgang ihrer Erkrankung nimmt in der Schizophrenieforschung einen zentralen Platz ein (im Kapitel 5 diskutieren wir einige Aspekte dieser Frage). Entwicklungspsychologisch gesehen, so meinen PUTTERMAN und POLLACK (1976) unterscheiden sich die Prozess- und die Reaktiven Schizophrenen voneinander im "Reifungsniveau ihrer Persönlichkeit" (=level of maturation), das sich in allen Bereichen ihres Erlebens und Handelns äussert. Da sich nach allen entwicklungspsychologischen Theorien jede Entwicklung in mehr oder weniger klarumschriebenen Phasen, stufenweise oder kontinuierlich vollzieht, ist es wohl möglich, beide Typen nach ihrem spezifischen Entwicklungsstand voneinander abzugrenzen. PUTTERMAN und POLLACK (1976) postulieren, dass der Entwicklungsstand des Prozess-Schizophrenen einem primitiveren Reifungsniveau entspricht als dasjenige des Reaktiv-Schizophrenen. Dies könnte die Folge einer Fixierung oder einer Regression sein, entspricht jedenfalls einem allgemeinen Entwicklungsrückstand des Prozess- gegenüber dem Reaktiv-Schizophrenen.

Inwiefern eine entwicklungspsychologische Betrachtungsweise auch für die Annahme eines Prozess- Reaktiven-Kontinuums von Bedeutung ist, zeigt die Theorie psychischer Entwicklung von SULLIVAN (1948). Er postuliert eine Folge von Entwicklungsschritten, durch welche das Persönlichkeitswachstum bedingt ist. Mit jedem Schritt muss ein "zentrales Anliegen" (=central problem") zumindest teilweise erfolgreich angegangen werden können, bevor sich ein neues, adäquates Erfahrungssystem, das für die Bewältigung des nächsten Entwicklungsschrittes notwendig ist, etablieren kann. Eine "mangelhafte Integration" (d.h. eine misslungene Auseinandersetzung mit dem für jeden Entwicklungsschritt eigenen zentralen Anliegen) bewirkt eine Regression. Diese Regression sowie das Misslingen der fortschreitenden Entwicklung werden im Falle einer schizophrenen Erkrankung in ihrer Art sichtbar. Nach KANTOR und WINDER (1959) kann die Schizophrenie quantitativ demnach als dasjenige Entwicklungsniveau angesehen werden, auf das der Kranke regrediert. Es repräsentiert ebenfalls denjenigen

Entwicklungsschritt, über welchen hinaus (wegen der persönlichen Lebensumstände) keine störungsfreie Entwicklung mehr möglich war.

SULLIVAN nahm 5 Phasen in der Entwicklung der sozialen Reife der Persönlichkeit an. Diese sind: "empathic, prototaxic, parataxic, autistic and syntactic" (1948). Nach ihm fand beim Prozess-Schizophrenen keine adäquate Entwicklung während der "empathischen Phase" statt. Diese Phase ist durch das Fehlen jeder symbolisierend-abstrahierenden Fähigkeit (=symbolism) charakterisiert. Alle Erfahrungen treten isoliert und ohne innere Zusammenhänge auf, alle Lebensfunktionen vollziehen sich auf einer elementarbiologischen Ebene. Der Erwachsene, der in seiner Entwicklung in dieser Phase ernsthaft traumatisiert worden war, würde eher die Charakteristika einer typischen Prozess-Schizophrenie mit einer schleichenden, heimtückischen (=insidious) Entwicklung und einer ungünstigen Prognose aufweisen. Demgegenüber nimmt man beim Reaktiv-Schizophrenen eine Regression auf einer höherliegenden Entwicklungsstufe, "the syntactic level" an. Sie ist durch folgende Merkmale charakterisiert: Durch Konsensus mit anderen Objekten (=Menschen) ist eine bessere Realitätsprüfung möglich. Erfahrungen können miteinander verglichen werden und es kann eine klarere, nicht mehr verzerrte Kommunikation stattfinden. Der Reaktiv-Schizophrene weist somit eine verhältnismässig "normale" präpsychotische Persönlichkeit auf. Der plötzliche Krankheitsausbruch ist die Folge eines Umweltstresses, bei dessen Aufhebung diese Art der schizophrenen Erkrankung in der Regel eine gute Prognose hat (s. auch BECKER, 1959., S. 433).

Ganz allgemein bietet die entwicklungspsychologische Betrachtungsweise eine Vielfalt von Möglichkeiten zur Erforschung typischer, nicht symptom-bedingter Charakteristika der Prozess- und Reaktiv-Schizophrenen (siehe dazu u.a.: KANTOR und WINDER, 1959; HIGGINS, 1964, 1969; HERRON 1962; KANTOR und HERRON, 1966; PUTTERMAN und POLLACK, 1976; u.a.m.). Besonders interessant ist die Frage, welche die Verhaltensmerkmale der prämorbidten Persönlichkeit sind, in denen sich möglicherweise Prozess- und reaktiv-Schizophrene voneinander

unterscheiden. Es wurden mehrere Methoden (scales) zur Erfassung von prämorbidem Verhaltenscharakteristika entwickelt, und wir werden hier diejenigen Ergebnisse diskutieren, die aus Untersuchungen mit der am meisten verbreiteten "Philips scale" (1953, 1966) hervorgingen. Ursprünglich bestand die "Philips scale" (1953) aus 3 Hauptteilen, die der Erfassung der folgenden Bereiche dienten: Die allgemeine prä-morbide Vorgeschichte, mögliche Auslösefaktoren sowie die schizophrene Symptomatik. Die Untersuchungen ergaben, dass einige Charakteristika der prämorbidem Persönlichkeit gewisse Zusammenhänge mit der (guten bzw. schlechten) Prognose aufweisen, was logischerweise heisst, dass für die Unterscheidung zwischen Prozess- und Reaktiv-Schizophrenen prä-morbide Kriterien bedeutsam sind. Diese Kriterien, ZIEGLER und PHILIPS (1962) fassen sie im Begriff der "prämorbidem sozialen Kompetenz" (=social competence) zusammen, sind: Alter, Intelligenz, Ausbildung, berufliche Tätigkeit sowie der Zivilstand (bzw. die heterosexuelle Beziehungsfähigkeit). Analog zu ZIEGLER und PHILIPS postulieren die meisten Autoren von "Prozess-Reaktiven-Skalen", dass die prämorbidem soziale Reife der Prozess-Schizophrenen vermindert ist im Vergleich zu derjenigen der Reaktiv-Schizophrenen. Entwicklungspsychologisch formuliert heisst das: Prozess-Schizophrene erreichen im Laufe ihrer präpsychotischen Entwicklung ein niedrigeres soziales Entwicklungsniveau als die Reaktiv-Schizophrenen. Das soziale Entwicklungsniveau wäre demnach der entscheidende Faktor aus der Lebensgeschichte der später an Schizophrenie Erkrankten, in dem sich Prozess- und Reaktiv-Schizophrene voneinander unterscheiden.

Offen bleibt noch die Frage nach den genauen Kriterien einer solchen "Sozialen Reife". Zwar lässt die entwicklungspsychologische Betrachtungsweise eine deskriptive Erfassung der (prämorbidem und morbidem) Persönlichkeit zu und es wäre in der Tat möglich, dass sich Prozess- und Reaktiv-Schizophrene im Grad ihrer "sozialen Reife" bzw. ihrer "prämorbidem sozialen Kompetenz" unterscheiden. Indessen sind die einzelnen kognitiven, emotionalen und interaktiven Komponenten der "sozialen Reife" noch nicht exakt abgeklärt.

### 3.3. 3. Auslösefaktoren:

Die Bezeichnung "Reaktive Schizophrenie" beinhaltet wohl, dass der Krankheitsausbruch als Reaktion auf mehr oder weniger erkennbare Ereignisse verstanden werden kann. Dies im Gegensatz zur "Prozess-Schizophrenie", wo keine eindeutigen Auslösefaktoren vorliegen und der Ausbruch der Krankheit als eine Stufe im Rahmen einer prozesshaften Entwicklung aufgefasst wird. KANTOR, WALLNER und WINDER (1953) definieren die Reaktive Schizophrenie unter anderem durch Faktoren, die zum Zusammenbruch führen und logisch mit dem Ausbruch der Psychose zusammenhängen (S. 159). Allerdings beschreiben sie nicht, welche Umstände die akutpsychotische Phase bei den Prozess-Schizophrenen bedingen. Nach BECKER (1959) kommt es zum regressiven Zusammenbruch beim Reaktiv-Schizophrenen, sobald es ihm nicht mehr gelingt, einen zunehmenden Umweltstress ("more and greater enviromental stress", S. 443) zu tolerieren. Der Prozess-Schizophrenie hingegen ist kaum in der Lage alltäglichen Problemen, mit denen eine erwachsene Person in unserer komplexen Kultur in der Regel konfrontiert ist, zu begegnen, was mit der Zeit zur Hospitalisation führen muss. Für HERRON (1962) bewirken bemerkenswerte Stressfaktoren den psychotischen Zusammenbruch beim Reaktiv-Schizophrenen, während die Prozess-Schizophrenie durch eine fortschreitende Verschlimmerung der (sozialen) Anpassungsmöglichkeiten charakterisiert ist (S. 329). Gemeinsam für die meisten Autoren ist die Feststellung, wonach der akute Krankheitsausbruch beim Reaktiv-Schizophrenen mit unmittelbar vorausgegangenen (durch die Umwelt oder emotional-bedingten) Stressfaktoren in verständlichen Zusammenhang gebracht werden kann. Weniger deutlich werden hingegen die Bedingungen für den akuten Krankheitsausbruch beim Prozess-Schizophrenen. Die Formulierung von HERRON (1962), wonach beim Prozess-Schizophrenen eine "fortschreitende Verschlimmerung" den akuten psychotischen Ausbruch herbeiführt, schliesst indessen keineswegs etwaige, vorläufig noch nicht identifizierbare Auslösefaktoren aus.

HEILBRUN (1973) entwarf ein Modell, das der Klärung der Auslösebedingungen der akuten Phase sowohl beim Prozess- als auch beim Reaktiv-Schizophrenen dienen kann. In seinem Buch "Aversive mental control: A theory of schizophrenic development" beschreibt er zwei verschiedene adaptive Stile, die ein Kind im Umgang mit einer autonomieeinschränkenden Mutter entwickeln kann. Diese hängen weitgehend davon ab, wie klar und eindeutig bzw. unklar und vage eine dominierende Mutter mit ihrem Kind hinsichtlich seiner Autonomiewünsche kommuniziert. Eine Mutter, die den Autonomiewünschen ihres Kindes klar und deutlich entgegentritt ("closed style mother"), bewirkt bei ihm eine Abwendung von seiner sozialen Umwelt, da es sehr bestrebt ist, die mütterliche Zuwendung nicht zu verlieren. Demgegenüber bewirkt eine Mutter, die die Autonomiewünsche nur vage und undeutlich verwirft ("open style mother") nicht selten, dass sich ihr Kind seiner sozialen Umwelt vermehrt zuwendet. Es versucht, die eigenen Liebes- und Zuwendungswünsche, die ihm von seiner Mutter infolge seiner Autonomiebestrebungen versagt bleiben, kompensatorisch in der sozialen Umwelt zu befriedigen. In beiden Fällen resultiert aus dem Kommunikationsstil der Mutter ein entsprechender adaptiver Stil des Kindes. Analog nennt HEILBRUN diese adaptiven Stile beim Kinde "close adaptive style" bzw. "open adaptive style" (S. 152-153). Beide adaptive Stile werden im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung weiter differenziert, behalten indessen ihre Grundzüge, die sich in einer Anwendung bzw. Zuwendung zur sozialen Umwelt hin äussern. Sie beeinflussen weitgehend das Denken, die emotionale Reaktionsweise sowie die heterosexuellen Beziehungen und bedingen - im Falle einer schizophrenen Erkrankung - die prozesshafte Krankheitsentwicklung respektiv ihren reaktiven Ausbruch.

HEILBRUN führt den akuten Ausbruch einer Reaktiven-Schizophrenie auf ein Versagen des prämorbid offenen adaptiven Stils zurück. Der offene adaptive Stil ist dadurch gekennzeichnet, dass eine Person durch die (offene) Zuwendung zur sozialen Umwelt hin, sich diejenige Gratifizierung erhofft (=Liebe, Zuwendung, Bestätigung), die ihr durch die autonomiesanktionierende Mutter versagt blieb. Tritt ein sozial

bedeutsames Ereignis ein, das die Person als einen Hinweis für die eigene Unfähigkeit bzw. als Bedrohung der eigenen Sicherheit taxiert und mit dem sie nicht umgehen kann (z.B. Verlust des Arbeitsplatzes, Scheidung, Tod einer nahestehenden Person u.ä.), dann kommt es unter Umständen zum akuten Ausbruch der Reaktiven-Schizophrenie. Dieser akute Ausbruch dokumentiert demnach den Zusammenbruch eines bisher gutfunktionierenden offenen-adaptiven Stils unter extremen Stressbedingungen.

Demgegenüber vollzieht sich der Uebergang von einem "verschlossenen adaptiven Stil" (-close adaptive Style) zur prozess-schizophrenen Erkrankung sehr langsam. Dieser adaptive Stil ist bereits im Kindesalter durch eine soziale Vermeidung und einen sozialen Rückzug gekennzeichnet. Mit diesem Verhalten sollen aversive Erfahrungen, wie sie ursprünglich bei der autonomiesanktionierenden Mutter (hier die "closed style mother") erlebt wurden, verhindert werden. Wir wollen kurz die Entwicklung eines "close adaptive Style" beschreiben: Sie ist durch die Bemühung des Kindes um die für es notwendige Zuwendung charakterisiert. Dies geschieht durch eine ständige Zufriedenstellung der Mutter, bzw. all derjenigen Personen, deren Zuwendung für das Kind wichtig ist. Was sich hier beim Kinde als ein spannungsreduzierender Mechanismus konstituiert (= Vermeidung aversiver Erfahrungen und Bemühung um Zuwendung durch die Zufriedenstellung anderer), kann sich im Laufe der Entwicklung beim Erwachsenen habituiieren. Anstelle der erhofften Spannungsverminderung nimmt die innere Spannung durch das ständige Bedürfnis, andere Zufriedenzustellen sogar zu. Die gemachte Erfahrung, "anders" zu sein ("different or strange") (S. 159) verstärkt den Wunsch nach sozialer Vermeidung und sozialem Rückzug. Damit wird aber die Chance, positive soziale Erfahrungen zu machen, ja die Möglichkeit zu adäquater Beurteilung externer sozialer Ereignisse überhaupt verunmöglicht. Diese Abwendung von der Umwelt geht einher mit einer zunehmenden Beschäftigung mit den eigenen Gedanken und der eigenen Phantasie, was zum Autismus führen kann. Die Verschlossenheit und die daraus resultierende Verhinderung einer korrigierenden emotionalen und sozialen Erfahrung führen ebenfalls zur zuneh-

menden Verstrickung in den eigenen Gedanken, ein Phänomen, das für verschiedene Formen von Denkstörungen charakteristisch ist. Im Autismus, in den Denkstörungen sowie in der emotionalen Isolierung findet nunmehr die Prozess-Schizophrene Entwicklung ihren Höhepunkt. Ob es sich beim Reaktiv-Schizophrenen gegenüber dem Prozess-Schizophrenen um unterschiedliche Entwicklungsweisen handelt, bleibt noch offen. Jedenfalls scheint der Vorgang, der zur Auslösung einer sichtbaren schizophrenen Erkrankung beim Reaktiv-Schizophrenen führt, anders geartet zu sein als derjenige beim Prozess-Schizophrenen.

#### 4.3.4. 4. Prognose:

Die Frage nach dem Wesen der unterschiedlichen Prognose als Differenzierungsmerkmal zwischen der Prozess- und der Reaktiv-Schizophrenie bedarf zunächst einer Klärung in zweierlei Hinsicht. Erstens, welchen Endzustand (=Ausgang) einer Schizophrenie kann man als "gut" bzw. "schlecht" bezeichnen, das heisst, nach welchen Kriterien wird eine gute, bzw. eine schlechte Prognose gestellt? Zweitens soll noch die Bedeutung therapeutischer Interventionen für den Verlauf und den Ausgang der schizophrenen Erkrankung näher diskutiert werden.

BLEULER (1972) formuliert für die Prognosestellung der neuerkrankten Schizophrenen 2 sogenannte "Endzustände": "Man kann als gutartige Schizophrenien jene zusammenfassen, die in vieljährige Heilung auslaufen, die in leichte chronische Schizophrenie auslaufen.... und man kann ihnen als bösartige Schizophrenien jene gegenüberstellen, welche in schwerste oder mittelschwere chronische Psychosen auslaufen" (S. 265, durch unterstreichen von uns hervorgehoben). Demnach haben Reaktive-Schizophrenien, die in der Regel in Heilung auslaufen, definitionsgemäss eine gute Prognose, während die Prozess-Schizophrenien eine schlechte Prognose aufweisen. Diese Prognosen sind - so gesehen ein Charakteristikum des Krankheitsverlaufs. Auch die entwicklungspsychologische Betrachtungsweise, die die lebensgeschichtlichen Bedingungen für die möglichen Auslösefaktoren beider Untergruppen beleuchtet, unterstützt diese Ansicht.

Weniger eindeutig fällt die Beantwortung dieser Frage im Lichte der Untersuchungen von WING und BROWN (1970) aus, wonach Milieufaktoren für das soziale Verhalten chronisch-Schizophrener eine entscheidende Rolle spielen (siehe dazu auch Kap 3., 3.4.3. S. 67ff). Analog konnten CIOMPI, AGUÉ und DAUWALDER (1977, 1979) nachweisen, dass das therapeutische Milieu bei optimaler Stimulation das soziale Verhalten chronisch Schizophrener positiv beeinflussen kann. Das bedeutet, dass ein wichtiges Kriterium für einen chronischen Verlauf, nämlich der langdauernde bzw. der bleibende soziale Rückzug ("withdrawal") durch adäquate therapeutische Massnahmen ("optimale Stimulation") schrittweise rückgängig gemacht werden kann. Die bisher angenommene schlechte Prognose bei Prozess-Schizophrenien (BLEULER formuliert: "... bösartige Schizophrenien, welche inschwerste oder mittelschwere chronische Psychosen auslaufen" - 1972) wäre demnach bei der Anwendung adäquater therapeutischer Massnahmen nicht mehr zwingend.

#### 4.4.0. Paranoide und nichtparanoide Formen schizophrener Erkrankung als Ausdruck eines Interaktionsverhaltens mit einem sozialen System:

Die seit BLEULER (1911) und KRAEPELIN (1913) bestehende Auffassung von der Verschiedenartigkeit der schizophrenen Erkrankung und deren Einteilung in die vier symptombezogenen "Hauptgestaltungen": Paranoidie, Katatonie, Hebephrenie und Schizophrenia-Simplex ermöglicht dem Kliniker, aus beobachtbaren bzw. aus explorierbaren Phänomenen eine Diagnose zu stellen und eine entsprechende Therapie einzuleiten. In der experimentellen Schizophrenieforschung, die sich für die Klärung möglicher Zusammenhänge zwischen solchen Phänomenen wie auch für das Verständnis deren Zusammensetzung interessiert, führte diese Einteilung zu manchen Schwierigkeiten. Die oft widersprüchlichen und inkonsistenten Untersuchungsergebnisse, die an miteinander vergleichbaren Patienten- (Unter)-Gruppen erhoben wurden, sind nach der Meinung verschiedener Autoren (so z.B.: WYNNE and SINGER, 1963; VENABLES, 1964; BLEVENS, 1974, u.a.m.) vorallem auf methodische Fehler zurückzuführen.

Solche Fehler ergeben sich, wenn man die immer noch bestehenden Unterschiede zwischen nur scheinbar homogenen Patientengruppen des gleichen Symptomtypus nicht genügend berücksichtigt. Um die Bedeutsamkeit dieser bestehenden Unterschiede hervorzuheben und fehlerhafte Schlussfolgerungen zu vermeiden, ziehen es in der letzten Zeit verschiedene Autoren vor, ihre Untersuchungen mit bipolaren schizophrenen Gruppen durchzuführen. Die Einteilung in Prozess- und Reaktive-Schizophrenien (Kap. 4.3.) sowie in schizophrene Gruppen mit gutem- bzw. dürftigem prämorbidem-psychozialen-Status (good-premorbid vs. Poor-premorbid, Kap. 5) entspricht dieser Tendenz.

Was die Unterscheidung nach diagnostischen - und somit nach symptom-bezogenen-Kriterien angeht, so gewinnt die Trennung zwischen der paranoiden und den anderen schizophrenen Gruppen immer mehr an Bedeutung. Die Dimension Paranoid-Neuparanoide scheint die einzige zu sein, die von anderen Dimensionen schizophrener Untergruppen unabhängig bleibt (JOHANSEN, FRIEDMAN, LEITSCHUH and AMMONS, 1963). FOULDS and OWEN (1963) werfen sogar die Frage auf, ob Paranoide überhaupt zu den Schizophrenen zählen sollten. BLEVENS (1974-5) zitiert eine Reihe von Untersuchungen, in denen gezeigt wurde, dass Paranoide weniger "Defizite" (=less deficit) aufweisen als andere Schizophrene. Die klinische Erfahrung zeigt ebenfalls, dass bei Paranoiden weniger (anders geartete?) Denkstörungen (=thought disorders) beobachtet werden konnten, und dass ihr Krankheitsverlauf weniger Verschlechterungstendenzen aufweist als derjenige anderer nichtparanoider Schizophrener. Fasst man die bisherigen Theorien und die Forschungsergebnisse zusammen, so lässt sich allgemein wie folgt formulieren: Paranoid- und nichtparanoid Schizophrene unterscheiden sich in ihrem Interaktionsverhalten mit der Umwelt voneinander. Paranoid-Schizophrene sind wesentlich aktiver umweltstrukturierend als Nonparanoid-Schizophrene. Nachfolgend wollen wir einige Aspekte dieser Unterscheidung aufgreifen.

#### 4.4.1 Einige neuro-psychophysiologische Aspekte:

In der neuro-psychophysiologischen Forschung geht es "zunächst ..... immer nur um die Feststellung von Korrelationen psycho-physiologischer Typen mit messbaren physiologischen Variablen" (SCHARFETTER, 1976<sup>b</sup> S. 87.). Die physiologischen Variablen, die gemessen werden, entstammen hauptsächlich den folgenden Bereichen: (1) Elektrodermale Aktivität: Elektrische Hautwiderstand bzw. elektrische Hautleitfähigkeit, Hautdurchblutung. Damit verbunden ist auch die Messung der Hautorientierungsreflexe. (2) Kardiovaskuläre Aktivität: Herzpulsfrequenz (Spannungsniveau und Phasenverschiebungen), damit verbunden auch die Atmungsfrequenz.

(3) Augenbewegungen, sowie Pupillenreaktion (4) EEG- im Wachzustand, im Schlaf (und Traum) sowie unter sensorischen Reizen (Studien des evozierten Potentials). Neuro-psychophysiologische Versuche sind methodisch indessen nicht problemfrei. SPOHN und PATTERSON (1979) wiesen auf viele methodische Fragen hin, die die exakte Wiederholung des gleichen Experimentes und den Vergleich der Ergebnisse untereinander sehr erschweren. Selbst dann, wenn die Genauigkeit der Messungen gesichert ist, wäre die "Interpretation allfällig regelhaft nachweisbarer Korrelationen" (SCHARFETTER, 1976<sup>2</sup>, S. 87) keineswegs eindeutig. Tatsächlich ergibt die neuro-psychophysiologische Forschung sehr uneinheitliche Befunde (s. auch LANG und BUSS, 1965, COHEN und MEYER-OSTERKAMP, 1976, sowie SPOHN und PATTERSON, 1979). Wir wollen uns dennoch kurz mit der "Arousel-Theorie" befassen, weil sie eine Seite des sozialen Verhaltens Schizophrener verständlich macht.

VENABLES' (1964) Betrachtungen zur autonomen und kortikalen Erregung kennzeichnen seine Theorie, wonach es sich in der Schizophrenie um eine Störung infolge einer Disharmonie zwischen dem kortikalen und vegetativen Aktivationsniveau handelt ("a bimodally distributed input disorder" - SPOHN und PATTERSON, 1979, S. 582). Das niedrige kortikale Aktivationsniveau ("arousel") Paranoid-schizophrener zeigt sich in ihrer extrem niedrigen Hautleitfähigkeit sowie in der abnorm niedrigen Herzpulsfrequenz. Bei nicht-paranoid Schizophrenen ist das Umgekehrte der Fall. Ebenfalls unterscheiden sich Paranoidschizophrenen von nicht-paranoid Schizophrenen

in ihrem Hautorientierungsreflex (=SCOR: skin conductence orientation reflex). Nach VENABLES, der seine theoretischen Überlegungen mit einer grossen Anzahl experimenteller Untersuchungen ergänzte, bestehen zwischen dem niedrigen kortikalen Aktivationsniveau Paranoidschizophrener und ihrer vegetativen Erregung direkte Zusammenhänge. Eine gegensätzliche Beziehung besteht zwischen dem hohen kortikalen Aktivationsniveau nicht-paranoid Schizophrener und ihrer geringen Umweltorientierung. Neuere neuro-psychophysiologische Untersuchungen stellen indessen die "Arousel-Theorie" in Frage. Der Haupteinwand ist hier, dass das "Arousel-Konzept" wohl zu global und überholt sei und durch neuere Modelle der Neuro-psychophysiologischen Vorgänge (z.B.: durch Modelle, die das System der Neurotransmitoren berücksichtigen) ersetzt werden müsse. Dies umsomehr als in mehreren neueren Untersuchungen auf diesem Gebiet keine hinreichend signifikante Differenzierung zwischen den neuro-psychophysiologischen Variablen paranoid- bzw. nicht-paranoid Schizophrener nachgewiesen werden konnte (SPOHN und PATTERSON, 1979).

#### 4.4.2 Kognitive Aspekte:

Mehrere Arbeiten weisen in den letzten Jahren auf die möglichen unterschiedlichen kognitiven Strukturen hin, in denen sich paranoide von nichtparanoiden Schizophrenen abheben. RODNICK (1968) begründet die Bedeutung der Erforschung kognitiver Strukturen für das Verständnis der Schizophrenie überhaupt, wie folgt: "Da die wesentlichen klinischen Attribute der Schizophrenie aus dem kognitiven Bereich stammen, nämlich als Funktionsstörung des Denkens, der Aufmerksamkeit oder der Wahrnehmung auftreten, befasst sich fast jedes psychologische Experiment mit Schizophrenen mit dem Studium ihrer kognitiven Prozesse. Das ist auch dann der Fall, wenn die Forschungsobjekte, die experimentellen Hypothesen bzw. die ihnen zugrundeliegende konzeptuelle Methodik ohne kognitive Begriffe formuliert werden" (S. 117, in eigener Übersetzung). Nachfolgend wollen wir nun einige kognitive Aspekte, die für das Verständnis der Grundstörung in der Schizophrenie nützlich sind, erläutern.

Unter Kognition (als Sammelbegriff) versteht man "alle Vorgänge oder Strukturen, die mit dem Gewahrwerden und Erkennen zusammenhängen, wie Wahrnehmung, Erinnerung (Wiedererkennen), Vorstellung, Begriff, Gedanke, aber auch Vermutung, Erwartung, Plan" (DORSCH, 1976. S. 303). Kognitive Aspekte, besonders diejenigen des Denkens und der Wahrnehmung spielen im Versuch einer systematischen Anordnung der schizophrenen Erkrankung nach festen Regeln (Taxonomie der Schizophrenie) eine wichtige Rolle.

Wir wollen nun die Begriffe "Denken" und "Wahrnehmung" näher betrachten: "Denken heisst sich-Offenhalten für Fragen, Vernehmen, Auffassen, Vergegenwärtigen, sinngebendes Verbinden und handlungsvorbereitendes Ueberlegen, Entscheiden, Urteilen - kurz, das Ordnen der (materiellen und immatriellen) Gegebenheiten unserer selbst und unserer Welt" (SCHARFETTER, 1976a, S. 98). Die Wahrnehmung ist die "Kenntnisnahme von sinnlichen ('sinnesfälligen') Gegebenheiten unserer Welt" (dort. S. 119). Denken und Wahrnehmung sind bei an Schizophrenie Erkrankten in hohem Masse gestört. Hinsichtlich der Unterscheidung zwischen dem paranoiden und dem nicht-paranoiden Subtypus wird die Art der Denk- und der Wahrnehmungsstörung auf ihre Qualitäten hin untersucht. Die Frage nach den möglichen unterschiedlichen kognitiven Stilen beider Subtypen, besonders was ihre Integrationsfähigkeit von Umweltereignissen (-Reizen) angeht, nimmt hier einen zentralen Platz ein. In der Literatur sind diese kognitiven Prozesse als "Kognitive Kontrolle" (cognitive control) bekannt. Unter "Kognitive Kontrolle" (-cognitive control) fasst man diejenigen Vorgänge zusammen, die für eine konsistente und effektive Anwendung des diffusen kognitiven Materials, das für ein Individuum zugänglich ist, verantwortlich sind (BLEVENS, 1974-5). Denk- und Wahrnehmungsprozesse lassen sich auf ein System übertragen, das die Wirksamkeit der Verwendung und der Einsetzung des kognitiven Materials beschreibt. So brachtet ARIETI (1961) in seinen Beobachtungen von Wahrnehmungsphänomenen bei Schizophrenen diese oft als Ausdruck für den Verlust der kognitiven Wirksamkeit (-"less of cognitive efficiency"). Nach seiner Ansicht bedeutet dies, dass schwer regredierte bzw. akutkranke Schizophrene zusammenhängende (integrierte) Reizkonfigurationen aus ihrer Umwelt

nicht als Einheit sondern als desintegrierte, voneinander losgerissene Gestalten wahrnehmen. Die von E. BLEULER (1911) beschriebene Minderung (=Lockerung) der Assoziationsspannung, die der Denkstörung Schizophrener zugrunde liegt, ist ein weiteres Beispiel für den Verlust der kognitiven Wirksamkeit. Nach seiner Auffassung verlieren hier die Assoziationen ihre Kontinuität, da sich die Gedanken nach keinem einheitlichen Vorsatz oder Zweck orientieren.

Eine neuere, umfassendere Formulierung findet man in der Interferenztheorie ("Response interference theory"). Nach LANG und BUSS (1965) sind die Assoziationen Schizophrener durch Ueberempfindlichkeit und ständige Sprunghaftigkeit gekennzeichnet, wodurch ständige Denkverwirrungen entstehen. Schizophrene haben grosse Mühe, ihre Gedanken während langer Zeit auf etwas zu richten, Denktendenzen wenn nötig zu verändern, sich selber gedanklich zu instruieren oder geordnete Denkschritte nachzuvollziehen. Dies geht mit einer Aufmerksamkeitsstörung einher sowie mit der Unfähigkeit, einzelne Denkinhalte nach dem Grade ihrer Relevanz voneinander abzuheben (S. dazu: "over-inclusive thinking", S. CAMERON, 1964, S. 613 ff.). "Schizophrene seien durch aufgabenirrelevante Reize in verstärktem Masse störbar; ihre Leistungsfähigkeit sei beeinträchtigt, da sie situationsirrelevante Reize - seien diese nun interner oder externer Natur - bei der Informationsverarbeitung nicht zuverlässig auszublenden und ihre Aufmerksamkeit demgemäss nicht hinreichend auf die jeweils aufgabenrelevanten Reize zu fokussieren vermögen" (COHEN und MEYER-OSTERKAMP, 1976). Die daraus folgenden Denkstörungen sind derart ausgeprägt, dass grosse Defizite in den Bereichen der Wahrnehmungs-, der motorischen sowie der kognitiven Leistungsfähigkeit sichtbar werden (s. auch CAMERON, 1964).

Nun können wir mit Hilfe der Interferenzhypothese die kognitive Kontrolle etwas weiter fassen. Sie ist für den Grad der funktionellen Wirksamkeit im Umgang mit der Umwelt von eminenter Bedeutung. Nach SARBIN, TAFT und BAILEY (1960) handelt es sich hier um einen Gleichgewichtszustand, den sie als "Grad der Proportionalität" der Strukturen im kognitiven und

im ökologischen Raum bezeichnen. Je grösser der Grad der Proportionalität zwischen den beiden Räumen ist, umso wahrscheinlicher ist es, dass die kognitiven Aktivitäten und das damit verbundene Verhalten in adäquater Weise für das wirksame Funktionieren des Organismus in seinem ökologischen System eingesetzt werden können (S. 117). Entsprechend charakterisiert die Diskrepanz zwischen den kognitiven und den ökologischen Räumen die schweren psychopathologischen Phänomene Schizophrener. Diese Diskrepanz kennzeichnet die Unfähigkeit der Person, denjenigen Grad der kognitiven Konsistenz zu entwickeln, der als Voraussetzung für die Partizipation an der Gesellschaft notwendig wäre (DAVIS, 1968. S. 328).

Welche sind die Mechanismen, die die "Proportionalität der Strukturen im kognitiven und im ökologischen Raum" bedingen und für die "Partizipation an der Gesellschaft" Voraussetzung sind? Für WACHTEL (1971) geht es dabei um die Strategie, die eine Person anwendet, um ihre kognitiven Prozesse auszugleichen. GILLIS und DAVIS (1972) zählen dazu die "kognitive Konsequenz" ("cognitive consequence"), das heisst die Vorwegnahme von Verhaltensfolgen als steuernde kognitive Dimension. KREITLER und KREITLER (1965, 1971) sprechen von einer "kognitiven Orientierung". Sie entwerfen ein Modell von kognitiven Prozessen, die sie zwischen Stimulation und Handlung plazieren. Das Zusammenwirken zwischen Reizrepräsentation und Komponenten der kognitiven Orientierung (wie z.B.: Repräsentationen von Zielen, Normen, Umwelt- und Eigeninformation) ergibt eine Struktur der kognitiven Orientierung, der eine zielgerichtete Handlungsabsicht entspringt, die durch Aktualisierung angeborener, erlernter und ad hoc adaptierter Pläne das Handlungsschema (=Verhalten) bestimmt. Untersuchungen Schizophrener zeigten abnorme Strukturen der kognitiven Orientierung, deren klinischer Modifikation ein Abklingen der Symptome folgte. Interessant sind in diesem Zusammenhang die Arbeiten von BREHMER (1973 a,b) und HAMMOND (1973). Sie bieten eine umfassende experimentelle Überprüfung des Konzeptes der kognitiven Kontrolle in dem Bereich an, wo das Verhalten

(im Sinne einer messbaren Leistung) durch die soziale Urteilsfähigkeit (-social judgment) und das interpersonelle Lernen (-Interpersonal learning) bedingt ist. Es werden diejenigen kognitiven Strukturen untersucht, die durch interaktive Lernprozesse eingesetzt werden können. BREHMER und HAMMOND beschreiben zwei voneinander unabhängige Dimensionen, den Erwerb und die Anwendung von Wissen ("acquisition and application of knowledge"). Dabei fanden sie heraus, dass Wirkung und Nützlichkeit (=kognitive Kontrolle) des kognitiven Materials nicht immer durch das Erwerben von Wissen bedingt sein muss. Wie wir weiter unten ausführen werden, sollen sich paranoide und nicht-paranoide Schizophrenie im Ausprägungsgrad dieser Dimensionen voneinander unterscheiden. Vorerst aber wollen wir uns noch einigen grundsätzlichen Fragen der Reizaufnahme und Reizverarbeitung zuwenden. In mehreren Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass sich Paranoidschizophrenie in ihrem "komplexen Denken" von nicht-paranoiden Schizophrenen unterscheiden (siehe dazu z.B.: GILLIS und DAVIS, 1973). Dieses "komplexe Denken" hängt weitgehend von den Mechanismen der Aufmerksamkeit bzw. Ablenkbarkeit ab. SHAKOW (1926) bemerkt zur Ablenkbarkeit (distractability) Schizophrenen, dass sie schnell auf zufällig auftauchende Ablenkung aus ihrer Umgebung ansprechen. Besonders ausgeprägt ist dies bei den Hebephrenen. Hingegen sind Paranoidschizophrenie besonders geschickt in der Art, wie sie sich nicht ablenken lassen, was ihnen sogar besser als Nichtschizophrenen ("normals") gelingt. SILVERMAN (1964 a,b), der sich unter anderem an WITKIN und seinen Mitarbeitern (1949, 1954, 1965 a.b., 1973) orientiert, versucht die Störungen des Realitätsbezuges Schizophrenen weitgehend psychodynamisch im Sinne der Abwehr als Hypertrophie einzelner an sich normaler Kontrollmechanismen zu verstehen. Ihm erscheinen vorallen drei bipolare Faktoren der Aufmerksamkeit von zentraler Bedeutung, die er als deren extensiven, selektiven und intensiven Aspekt bezeichnet. Der extensive Aspekt der Aufmerksamkeit oder das Ausmass der "scanning control" (=Kontrolle durch Abtasten) wird vom PIAGET's "Zentrierungseffekt" abgeleitet, wobei "das am längsten (oder das am häufigsten, das am intensivsten etc.) betrachtete Element bereits durch die Betrachtung vergrößert

wird, als ob das Objekt oder der Bereich, auf den sich der Blick richtet, Anlass zu einer Ausdehnung der Wahrnehmung gäbe" (1947, S. 82). "Scanning Control" zielt auf die Frage, inwieweit den verschiedenen Komponenten eines vorgegebenen Reizfeldes Beachtung geschenkt wird. Es bezieht sich auf den Grad und die Prägnanz, mit denen ein Stimulus abgetastet und von seiner Umgebung abgehoben wird. Der selektive Aspekt der Aufmerksamkeit oder das Ausmass der "field-artikulation" bezieht sich auf die Fähigkeit, aus einem breiten Reizfeld zwischen aufgabenrelevanten und irrelevanten Reizen zu unterscheiden (GARDNER, 1961, GARDNER et al. 1959, 1960). Der intensive Aspekt der Aufmerksamkeit gibt den Unterschied zwischen "stimulus-augmentation und "stimulus-reduction" an (s. PETRIE, 1967). "Reducers" dämpfen speziell starke und plötzliche Reize soweit ab, dass sie etwa Schmerzreize sehr gut, sensorische Deprivationsbedingungen aber nur schlecht ertragen können. "Augmenters" reagieren nur auf starke Reizung, dann aber verstärkt, so dass sie nur eine geringe Schmerztoleranz haben, hingegen sensorische Deprivationsbedingungen gut ertragen.

Nun stellte SILVERMAN (1964a) die Hypothese auf, wonach extremes "scanning" und/oder "field articulation" der Wahrnehmungsdisposition den Aufmerksamkeitsstil Schizophrener charakterisieren. Paranoidschizophrene weisen sowohl eine hohe "scanning control" als auch ein erhöhtes Mass an "field-articulations" auf. Auf der anderen Seite sind nicht-paranoide Schizophrene durch ein Minimum an "scanning control" und an "field-articulation" charakterisiert. Bei beiden schizophrenen Untergruppen liegt eine kognitive Funktionsstörung vor, die ihren Ausdruck in ihrem unterschiedlichen Sozialverhalten findet. Der Paranoidschizophrene ist bezüglich seiner Umwelt rigid, vorsichtig, misstrauisch und wahnhaft. Hohe Werte an "scanning control" und "field-articulation" bewirken eine prägnante und hochselektive Wahrnehmung einzelner Signale (cues) aus der Umwelt, die das paranoide Verhalten - etwa beim frühzeitigen "Erkennen" möglicher Gefahren und der Ueberschätzung ihrer Relevanz - prägen. Ver-

glichen damit ist der nicht-paranoid-Schizophrene sozial zurückgezogen, kognitiv unbestimmt und in seinen Phantasien befangen. Ein Verhalten, das durch niedrige "scanning control" und "field-articulation" - d.h. also durch wenigergerichtete, wenig selektive Aufmerksamkeit - bedingt ist.

Obwohl der Ansatz SILVERMANS eine kognitive Grundlage für die Erklärung des Verhaltens Schizophrener gegenüber ihrer Umwelt biete, weist er doch einige Mängel auf. Wie GILLIS und DAVIS (1973) bemerken, formuliert SILVERMAN (und auch die meisten anderen Autoren) seine Hypothesen aufgrund von Wahrnehmungsstudien. Dies lässt indessen nur eine Teilerklärung für das gestörte Verhalten zu, da die Messung einer bestimmten kognitiven Fähigkeit ungenügende Erkenntnisse über die gesamte kognitive Strategie einer Person bzw. über die Art und Weise, wie sie ihre kognitiven Prozesse ausgleicht, vermittelt (WACHTEL, 1979). HAMMOND und SUMMERS (1972) unterscheiden in diesem Zusammenhang zwischen zwei Komponenten der kognitiven Leistung, nämlich dem Wissen (knowledge) und der kognitiven Kontrolle (control). Es sind auf der einen Seite (a) der Grad der Ähnlichkeit (oder der Angleichungsfähigkeit) der zwischen einem kognitiven System und der vom Umweltsystem (ecology) gestellten Aufgabe besteht. Dies schließt das Wissen über die Bedeutung von Umweltsignalen ("cue") für eine bestimmte Aufgabe ein ("Knowledge"). Auf der anderen Seite steht (b) die Konsistenz, mit welcher dieses Wissen für Entscheidungsprozesse eingesetzt wird ("Control"). Die Analyse einer Leistung (z.B.: Denken, Wahrnehmung, Verhalten) mit Hilfe der Gewichtung beider Komponenten ist nach HAMMOND und SUMMERS eine Voraussetzung für das Verständnis kognitiver Funktionsstörungen (z.B. der Denkstörung) und somit für die Erklärung der unterschiedlichen Funktionsstörungen bei paranoiden und nicht-paranoiden Schizophrenen.

GILLIS und BLEVENS (1978) untersuchten die Störung der Urteilsfähigkeit Schizophrener. In Anlehnung an HAMMONDS' "Social judgment theory" (1975. Siehe auch HAMMOND und SUMMERS, 1972) heben sie die Rolle verschiedener Rückmeldungsfaktoren für das Verhalten schizophrener Patienten hervor. In Ergänzung zur allgemeinüblichen Verhaltenskonsequenz (siehe KANFER und

PHILIPS, 1975.) spielt hier die kognitive Rückmeldung ("cognitive feedback") eine wichtige Rolle. Sie beliefert eine Person mit Informationen sowohl über die Charakteristika der zu lösenden Aufgabe als auch über das eigene Urteilsbildungssystem. Ohne diese Informationen ist die Lösung von Aufgaben, die das Erlernen von komplexen Sachverhalten voraussetzen (Englisch: MCPL-tasks, also multiple-cue-probability learning-tasks genannt), kaum möglich. Bei diesen handelt es sich um relativ einfache alltägliche Aufgaben, bei denen eine Urteilsbildung über verhältnismässig einfache Situationen gefordert wird. Die Versuchsanordnung ist so konzipiert, dass die Probanden nach jedem Lösungsschnitt (-trial) eine Rückmeldung (feedback) erhalten, die ihnen, nebst den sonstigen Informationen (Signale - cues) besonders zur Vorbereitung des nächsten Lösungsschrittes dienen kann. Aus der Analyse der verschiedenen, aufeinanderfolgenden Lösungsschritte lässt sich die kognitive Strategie der Urteilsbildung erkennen, in der sichtbar wird, in welcher Weise Wissen (knowledge), Verhaltenskonsequenz und kognitive Rückmeldungen die Urteilsprozesse beeinflussen. Das "komplexe Sachverhalten" besteht hier darin, dass bei jedem Lösungsschritt ein komplexes System von Signalen sowohl aus der eigenen kognitiven Strategie als auch aus dem Umweltsystem berücksichtigt werden muss (über MCPL-tasks siehe: BREHMER 1973 a+b, sowie GILLIS und BLEVENS, 1978). Nun beruhen nach BRUNSWIK (1956) die Urteilsprozesse beim Erlernen von komplexen Sachverhalten auf zwei Grundlagen: Auf der einen Seite sind es logisch-analytische Überlegungen, die mathematisch genau beschreibbar sind. Auf der anderen Seite kommen intuitive Vorgänge dazu, die aus Erfahrungen, Analogieschlüssen, teilweise auch aus rational nicht begründbaren Motivationen entstehen. Sowohl die analytischen als auch die intuitiven Denkvorgänge vollziehen sich zunächst kaum "bewusst". Durch die kognitiven Rückmeldungen erhält eine Person nach einigen Lösungsversuchen (trials) einer Aufgabe sowohl Informationen über die objektive Bedeutung einzelner Signale für diese Lösung (z.B.: falsch oder richtig) als auch über ihr eigene-subjektive-Gewichtung in ihrer Anwendung. Diese Informationen können einen Lernprozess in Gang setzen, mit dessen Hilfe eine Person ihre Urteilsprozesse optimieren kann.

Für die Untersuchung der Störung der Urteilsfähigkeit Schizophrener entwarfen GILLIS und BLEVENS (1978) eine Reihe von MCPL-tasks, bei denen insgesamt 60 Lösungsschritte vorgesehen waren. Die drei Versuchsgruppen (1) Nichtschizophrene, (2) Nicht-paranoide Schizophrene und (3) Paranoidschizophrene wiesen dabei unterschiedliche Leistungsqualitäten auf. Auf die bestleistenden Nichtschizophrenen folgte die Gruppe der Paranoidschizophrenen, während die Nicht-paranoid-schizophrenen die schlechtesten Leistungen aufwiesen. Auffallend waren dabei nicht die unterschiedlichen Leistungsqualitäten an sich, sondern die unterschiedliche Art der kognitiven Strategien der drei Gruppen, sowie die unterschiedlichen Leistungsschwankungen in Abhängigkeit von der Zeit und der Anzahl der Lösungsschritte. Während die Leistungsqualität der Paranoidschizophrenen mit der Zeit abnahm, verbesserten die nicht-paranoid Schizophrenen ihre relative Leistungsqualität sukzessiv. GILLIS und BLEVENS wiesen in ihrer Analyse nach, dass sich die beiden schizophrenen Untergruppen in ihren kognitiven Strategien voneinander unterscheiden. Während die nicht-paranoid Schizophrenen ihr Wissen bezüglich der Auffassung der Charakteristika der zu lösenden Aufgaben ständig verbessern konnten (also: Zunahme von Knowledge), wiesen die Paranoidschizophrenen Einbußen in diesem Faktor auf. Im Laufe der sechzig Lösungsschritte hatten sie zunehmend Mühe, ihr Wissen über die Bedeutung von Signalen adäquat einzusetzen. Was die kognitive Kontrolle angeht, so war sie bei den nicht-paranoid Schizophrenen gestört, während die Paranoid-schizophrenen eine gute kognitive Kontrolle und -Konsistenz zeigten. Wohl das wichtigste Ergebnis dieser Untersuchung ist in der Tatsache zu sehen, dass Paranoidschizophrene die kognitiven Rückmeldungen wesentlich schlechter einzusetzen vermögen als die nicht-paranoid Schizophrenen.

Es überrascht wohl kaum, dass schizophrene Patienten in Aufgaben, die durch kognitive Leistungen bedingt sind, schlechter abschneiden als Nichtschizophrene, was durchaus dem kognitiven Defizit Schizophrener entspricht. Interessant sind indessen die qualitativen Leistungsunterschiede beider schizophrenen Gruppen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung unterstützen die Annahme, dass die Urteilsbildungsprozesse nicht-paranoid

Schizophrener aus verschiedenen Gründen gestört sind. Sie können als allmählich gewonnenes Wissen über ihre Umwelt vorallen wegen des Eindringens fehlerhafter innerer und äusserer Einflüsse und der exzessiven Angst (die für sie wohl einen Teil der kognitiven Rückmeldung bildet) nicht wirksam einsetzen. Anders verhält es sich bei den Paranoidschizophrenen. Zwar wären sie in der Lage, ihr Wissen (knowledge) konsistent einzusetzen, dennoch schätzen sie eine Situation falsch ein. Mit der sukzessiven Einbusse an Wissensfaktoren werden sie zunehmend resistent gegenüber den kognitiven Rückmeldungen, die sie mit Informationen über eine Signalrelevanz (richtig oder falsch) beliefern könnte. Mit anderen Worten: Paranoidschizophrenen verfügen über eine hohe Konsistenz ihrer Beurteilung der Umwelt, die sich wenig oder gar nicht verändern lässt. Dies entspricht dem klinischen Bild, wonach ihre Reaktionen (=Verhalten) oft während längerer Zeit gut strukturiert und hochkonsistent bleiben und sie ihr kognitives System trotz seiner möglichen Widersprüche zur Umwelt beibehalten.

So gesehen ist es nun möglich, ein differenzierteres Bild des Paranoidschizophrenen zu beschreiben. Die typische Situation, in der diese Patienten "falsche Signale" wahrnehmen und diese trotz fehlender Uebereinstimmung mit der Umwelt konsistent weiterverarbeiten ist das Wahnerlebnis. Dieses äussert sich beim Paranoidschizophrenen in der Ueberzeugung, bestimmte Aspekte einer Situation würden Gefahr und Bedrohung signalisieren. Es wäre wohl möglich, dass der Störung dieser Patienten ein grösseres kognitives Defizit zugrundeliegt als bisher angenommen worden ist. Dieses läge hauptsächlich in der Unfähigkeit, Informationen aus dem Umweltsystem aufzunehmen und sie in einer breiten Reihe von Situationen generalisierend, adäquat und sinnvoll anzuwenden. GILLIS und BLEVENS stellen nun die Hypothese auf, dass Paranoidschizophrenen, da sie über eine hohe kognitive Kontrolle und -Konsistenz verfügen, bei der Beurteilung von Situationen dazu neigen, Informationen gemäss ihrer bisherigen kognitiven Strategie aufzufassen, ohne die aktuellen Gegebenheiten zu berücksichtigen. Dies führt zu einer falschen Verwendung von Informationen und nicht, wie angenommen, bloss zu ihrer paranoiden Verarbeitung. Diese Hypothese weist einige Pa-

rallellen zur Beschreibung des "open adaptive style" auf, den HEILBRUN mit dem Paranoid- und Reaktivschizophrenen assoziiert (1973. Siehe auch oben Seite 88) und die ebenfalls Aspekte der Informationsgewinnung und -anwendung darstellt. Danach schreiben Personen mit einem offenen adaptiven Stil gewissen frühkindlichen Ereignissen bestimmte Attribute zu und vermeiden deren Korrektur, auch wenn später andersgeartete Erfahrungen mit den gleichen Ereignissen eintreffen.

Damit gelangen wir nun zur Schlussfolgerung unserer Betrachtung der kognitiven Aspekte. Die aktive Umweltstrukturierung Paranoid-schizophrener besteht im restriktiven Beibehalten von Bedeutungen, die bestimmten Umweltereignissen (Informationen, Signale, Reize = cues) zugeschrieben werden, deren Korrektur sie konsequent streng verweigern. Nicht-paranoid-Schizophrene hingegen sind wenig umweltstrukturierend, da sie infolge vom Eindringen innerer und äusserer "störender Einflüsse" ihr "Wissen über die Umwelt" kaum adäquat einsetzen können. Das unterschiedliche Interaktionsverhalten des Paranoiden - bzw. nicht-paranoid Schizophrenen mit ihrer sozialen Umwelt könnte demnach als Ausdruck der unterschiedlichen kognitiven Strategie der beiden Subtypen verstanden werden.

#### 4.4.3. Das psychodynamische Konzept von S. ARIETI (1974):

Die Entwicklung der Schizophrenielehre weist unter anderen eine Linie auf, die von der phänomenologischen Beobachtung und Beschreibung einzelner Symptome und Syndrome und der Klassifizierung der vier Untergruppen ausgeht und bis zur psychodynamischen Auffassung und Interpretation hin reicht. Zwar sind psychodynamische Ansätze bereits in der ersten Arbeit E. BLEULER's (1911) vorhanden. Mit den Arbeiten von S.FREUD und C.G. JUNG erhielt die psychodynamische Betrachtungsweise ihr psychoanalytisches Fundament, das für das Verstehen der psychologischen Mechanismen im schizophrenen Geschehen Wesentliches beitrug. Für die amerikanische Psychiatrie waren nebst den Forschungen A. MEYER's vorallem die Arbeiten von H.S. SULLIVAN (1948, 1953, 1956 und 1962) von grösster Bedeutung. Die heutige Schizophrenieforschung ist zwar in dem Sinn "international", als die gängigen Theorien und die Forschungsergebnis-

se aus aller Welt allen zugänglich sind. Dennoch ist die "amerikanische Schule" seit SULLIVAN führend in der Erforschung der Psychodynamik der Schizophrenie. Ein zeitgenössischer prominenter Vertreter dieser Schule ist SILVANO ARIETI. Er unternahm in seinem grundlegenden Buch "Interpretation of Schizophrenia" (1974) den Versuch einer umfassenden psychodynamischen Darstellung der schizophrenen Erkrankung. Die nachfolgenden Ausführungen geben eine knappe Zusammenfassung derjenigen Aspekte wieder, die für unsere Fragestellung relevant sind. Die schizophrene Erkrankung widerspiegelt sich darin als Ausdruck des Interaktionsverhaltens mit der Umwelt der jeweiligen Untergruppe.

ARIETI fasst die Katatone Schizophrenie als eine besondere Form der Willensstörung auf. Psychodynamisch gesehen, hängt das katatone Syndrom mit dem "Wollen" zusammen, das als Verbindungsfaktor zwischen der Motivation und dem sichtbaren Handeln (= "overt behavior") steht. Katatone sind Menschen, die in ihrer früheren Kindheit daran gehindert wurden, Vertrauen in ihre Aktivität und Zuversicht für ihre Willenskapazität zu entwickeln. Die Eltern (bzw. ihre Substitute) beeinflussen ihre Kinder darin, entweder "nicht zu wollen" oder den elterlichen Entscheidungen zu folgen. Sie auferlegen ihren widerstrebenden scheinangepassten Kindern nicht nur ihre Meinung, sondern sie verunmöglichen ihnen die Bildung einer eigenen Willenskapazität. Solche Kinder sind auf der einen Seite weder in der Lage, die Bedingungen ihrer Umgebung (also der Eltern) zu akzeptieren, noch sind sie auf der anderen Seite fähig sie zu bekämpfen oder abzulehnen. Eine Situation, die bei ihnen am wenigsten Angst bewirkt, ist diejenige einer Scheinanpassung an die elterlichen Wünsche, die aber zugleich widerwillig erfolgt. Handeln sie gemäss ihrem Willen, spüren sie Furcht oder sie fühlen sich schuldig. Ihre Fähigkeit zu wollen, d.h. eine Auswahl zwischen mehreren Möglichkeiten zu treffen, wird nun beeinträchtigt bleiben. Müssen solche Menschen später ihre eigenen Entscheidungen treffen, so fühlen sie sich nicht in der Lage zu handeln. Jede Aktivität bedeutet für sie "mehr Angst" bzw. "mehr Schuld". Würden sie handeln, so würden sie kritisiert, wodurch sie ge-

zwungen sind, sich schuldig zu fühlen. Die Folge des Konfliktes zwischen den eigenen Wünschen, die sie nicht zu akzeptieren wagen, und den (im Erwachsenenalter internalisierten) Wünschen der Eltern, die sie nicht akzeptieren wollen, ist die Ambivalenz. In der Katatonie ist der "Kampf" zwischen den eigenen Wünschen und denjenigen des in der Kindheit bedeutungsvollen Erwachsenen in erster Linie mit "Aktivität" und "Entscheidungsmöglichkeit" verbunden. Die Angst vor Handlungen wird als panische Angst erlebt, die sich mit der Zeit bereits mit dem blossen "Willen zu handeln" assoziiert. Eine Generalisierung dieser panischen Angst auf alle Bereiche des Wollens und des Handelns führt zum Zustand der vollständigen Immobilität (stupor). Dem Katatonen stehen im Laufe seiner Erkrankung auch andere Möglichkeiten zur Verfügung. Eine der häufigsten besteht in einer totalen Selbstaufgabe. Dies geschieht zum Beispiel dann, wenn er sich in eine totale Abhängigkeit von anderen Personen oder Organisationen (=Klinik!) begibt. Nicht selten bedeutet fürsorgliche Betreuung der Kranken für ihn eine Art Schutz durch eine gewissermassen gute, omnipotente Mutter, so dass sich die katatone Symptomatik u.U. bald nach Klinikeintritt auflockert. Offensichtlich vermag hier die schutz bietende Klinikatmosphäre zumindest zeitweise den der Katatonie zugrundeliegenden Konflikt zu mildern. Die im Laufe der Katatonie nicht selten auftretenden Zwangsritualien haben nach der Ansicht ARIETIS einen bestimmten Zwecke, nämlich die Reduktion des Handlungsrepertoires auf ein Minimum von Handlungen, um andere, unkontrollierte Aktivitäten zu vermeiden. Die katatone Erregung könnte in diesem Rahmen als Reaktion auf Angst, stuporös zu werden, verstanden werden. Die Vermeidung von Aktivität soll ja Angst und Schuld vorbeugen, die überall dort entstehen, wo ein Mensch für alle seine Handlungen verantwortlich sein muss, diese Verantwortung indessen (wegen des oben beschriebenen Konfliktes) nicht tragen kann. Das in-den-stuporösen-Zustand-Fällen würde allerdings ebenfalls eine Willensentscheidung und eine Aktivität voraussetzen, nämlich für die Entscheidung, nichts zu tun und die Aktivität, die (für den Nichtkranken paradoxerweise) aus ziellosen Handlungen besteht, dokumentiert, dass der Patient jegliche Verantwortung für seine Aktivität ablehnt und sich damit von der Vorbedingung für Gefühle der Angst und der Schuld lossagt. Ähnlich lassen sich

auch die intensionale Ambitendenz sowie der Negativismus katonen nach diesem Prinzip interpretieren. Indessen unterstreicht ARIETI, dass sich der Rückzug der Katatonen bloss auf das Wollen und die Aktivität bezieht. Er zieht sich dann von der Umwelt zurück, sobald er meint, dass sie sein Wollen und seine Handlungen beeinflussen will, also ihn zu einer Handlung "zwingen" möchte.

Demgegenüber bewirken folgende Faktoren die Prädisposition für eine paranoide Schizophrenie. Die für den Patienten während seiner Kindheit bedeutungsvollen Erwachsenen kritisierten ihn nicht wegen seiner Aktivität, sondern wegen seiner Absichten, wobei ihm vorallem das Lügen vorgeworfen wurde. Ein solches Kind kann auf diese Vorwürfe wie folgt reagieren: Entweder werden sie ständig antizipiert, was bei ihm dauernd Angst sowie den Verdacht aufkommen lässt, die anderen würden ihm immer etwas vorwerfen, oder es kann eine besondere Gabe entwickeln, alles was vorfällt zu rationalisieren. Es muss ein "legales" oder ein "technisches" Mittel finden, wodurch solche Angriffe, die Angst und Schuldgefühle bewirken, abgewehrt werden können. Dem Paranoidschizophrenen stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung. Zunächst kann er sich anderen ganz unterwerfen. Somit kann die Angst wenigstens teilweise vermindert werden, da er sich zumindest bemüht, durch eine gewisse Anpassung an die Forderungen anderer die eigene "Schuld" abzutragen. Eine andere Möglichkeit dokumentiert sich im überwiegenden Wunsch des Patienten, sich zu verteidigen. Nicht selten werden dabei Mischungen von pseudologischen und Rationalisierungsmechanismen gebildet, die vom Patienten mit Stolz und Selbstgefälligkeit vorgetragen werden. Diese Patienten werden selten psychotisch. Sie neigen dazu, sich legale Gründe zur eigenen Verteidigung zu schaffen und andere Menschen zu beschuldigen. Eine extreme Form dieser Mechanismen liegt bei den Paranoid-Querulanten vor. Eine dritte Möglichkeit findet man nun bei anderen Patienten, die überempfindlich zu sein scheinen und masslos übertreiben bei der Wahrnehmung vermeintlicher oder realen Feindseligkeit in ihrer Umgebung. Milde Formen von Feindseligkeit gehören in der Regel zu den Reaktionen auf jede menschliche Aktivität und sind demnach als "Normalreaktionen" aufzufassen. Nicht selten beziehen sich indessen Feindseligkeiten in der Umgebung des

Paranoidschizophrenen auf sein Verhalten. Die Ueberempfindlichkeit und die Uebertreibung der Wahrnehmung führen zu deren Generalisierung und der Patient hat sehr rasch das Gefühl, global abgelehnt zu werden. Dieses Gefühl der globalen Ablehnung, das ihm seit seiner Kindheit (damals auf für ihn wichtige Erwachsene bezogen) wohl sehr bekannt ist, wird nun auf alle Menschen (=Umwelt) übertragen. In gewisser Weise verstärkt jede menschliche Interaktion die Angst und unterstützt somit den Fortgang der paranoiden Entwicklung.

Die Wahnbildung Paranoidschizophrener und die ihr zugrundeliegende Paralogik (ARIETI spricht hier von Palaeologik) beziehen sich vornehmlich auf Situationen, die ihnen Angst verursachen. Ansonsten bleibt die Logik (= das Denken) intakt. Umsomehr unterstützt die intakte rationale Logik nicht selten die palaeologischen Schlussfolgerungen (=Wahn). Beide, die rationallogischen und die paläologischen Vorgänge (in der Terminologie FREUDS würde man hier vom "Ich" und "Es" sprechen) stehen nun im Dienste der Psychose. Das paranoide System soll weiter bestehen und auf bestimmte Interaktionen fixiert bleiben. Tatsächlich entsteht bei diesen Patienten oft der Eindruck, dass ihre Symptome quasi das "Ziel" hätten, bei anderen Menschen unangenehme Reaktionen und folglich Ablehnung hervorzurufen, die dann unglücklicherweise die Angst der Paranoiden vergrößern. So nimmt der Teufelskreis kein Ende.

Was die Psychodynamik der Hebephrenie betrifft, so ist sie ansicht recht schwer verständlich. Sie kann sich nach ARIETI in zwei Hauptformen manifestieren. Bei der ersten handelt es sich um ein Syndrom, bei welchem eine paranoide Abwehr den psychotischen Prozess nicht stoppen konnte, worauf eine rapide Regression erfolgte. Meist handelt es sich hier um Menschen, die sich in schwersten Konflikten zwischen ihrem bis anhin gut integrierten Wertsystem und einer veränderten Realität befinden. Dabei entsteht aus den realen Gegebenheiten für den Patienten der Wunsch, gegen sein Wertsystem zu handeln. Ein solcher Konflikt, beispielsweise zwischen einer religiösen Ueberzeugung und einer ihr zuwiderlaufenden Realität bedeutet für den Patienten eine Herausforderung, mit der er aber nicht adäquat

umgehen kann. In dieser Situation sucht er zunächst Hilfe und Unterstützung bei einem Menschen, der mit dem besagten Wertsystem identifiziert wird. Er erwartet von einem solchen Menschen, dass er ihm bei der Bejahung dieser Herausforderung zum Durchbruch verhilft. Bleibt diese Unterstützung aus, so können sich paranoide Konzepte gegen das eigene (jetzt nun bedrohliche) Wertsystem bilden, deren Ziel zunächst ist, die Weiterentwicklung einer Psychose zu verhindern. Gelingt diese "paranoide Abwehr" nicht, wird eine "Flucht" aus der konflikterzeugenden Realität nötig, die sich in der hebephrenen Regression manifestiert.

Psychodynamisch noch schwieriger zu fassen ist jene zweite Form der Hebephrenie, die vom Anbeginn der Erkrankung an durch regressive Symptomatik charakterisiert ist. Diese Form ist differential-diagnostisch nur mit Mühe von der Schizophrenia-Simplex zu unterscheiden, umsomehr als Mischformen beider Untergruppen oft vorkommen. Zusätzlich zu den dürftigen Eltern-Kind-Beziehungen, die man in der Vorgeschichte von Simplex - Patienten vorfindet, erachtet ARIETI für das psychodynamische Geschehen dieses Hebephrenentypus einen weiteren Faktor als wichtig. Meist mussten diese Patienten mit einem jüngeren Geschwister konkurrieren, das oft intelligenter war, von den Eltern bevorzugt wurde und dadurch wesentlich bessere Entwicklungschancen hatte. In einem solchen Fall gibt der Patient den Konkurrenzkampf ganz auf. Er akzeptiert nicht nur die Ueberlegenheit seines Geschwisters, sondern er möchte eine unauffällige Rolle einnehmen und "weigert sich" psychisch zu reifen. Das Verbleiben im Schatten des Geschwisters gibt ihm insofern eine gewisse Sicherheit, als er nicht mit ihm konkurrieren muss. Auch hier kann es zu Generalisierungen und im extremen Fall zu weitgehenden Regressionen kommen. Der Rückzug soll hier den Hebephrenen vor unangenehmen Einflüssen der Umgebung schützen und somit angstvermindernd wirken.

Fassen wir zusammen: Der Katatone und der Hebephrene (also die nicht-paranoid-Schizophrenen) ziehen sich aus der Umwelt zurück. Sie vermeiden, wenn auch psychodynamisch gesehen aus verschiedenen Gründen, die Interaktion mit ihrem sozialen System. Nicht so der Paranoidschizophrene. Er strukturiert seine Umwelt - so möchte man sagen - nach seinen eigenen Bedürfnissen. Die Interaktion mit der Umwelt ermöglicht erst recht den "Einsatz" der paranoiden Abwehr, deren Ziel schlussendlich

die Reduktion der Angst durch deren Fixierung auf das soziale System ist. Während der Katatone und der Hebephrene eine Flucht aus der konflikterzeugenden Realität praktizieren, ist der Paranoide darauf bedacht, diese minuziös (masslos übertrieben, überempfindlich) wahrzunehmen, um sie in einer Mischung von rationaler- und Palaeologik neu zu gestalten.

#### 4.5.0. Aktivschizophrene vs. Passivschizophrene: Versuch einer verhaltensorientierten Typologie.

Wir wollen zunächst mit einer banalen Feststellung beginnen: Bei der Betrachtung unserer Umgebung fällt auf, dass es Menschen gibt, die in ihrem Sozialverhalten aktiv sind und solche, die sich gegenüber ihrem sozialen Milieu eher passiv (unter Umständen sogar zurückhaltend) verhalten. Die Persönlichkeitspsychologie führt solche unterschiedlichen Verhaltensweisen auf Grunddimensionen der Persönlichkeit zurück, beispielsweise auf Extraversion-Introversion (EYSENCK 1967, 1971 a+b). In der Interaktion zwischen der Person und dem sozialen Milieu manifestiert sich das (soziale) Verhalten, das je nach Situation zwar von der Grunddimension geprägt ist indessen verschiedene Aktivitäts- bzw. Passivitätsgrade aufweist.

Die Frage nach den möglichen Zusammenhängen zwischen einer sich im sozialen Verhalten offenbarenden Persönlichkeitstypologie und einer bestimmten Krankheitsanfälligkeit, sowie Verlauf und Prognose wurde in der somatischen Medizin, besonders auf dem Gebiete der koronaren Herzerkrankungen untersucht (FRIEDMAN und ROSENMAN, 1959; KEIT, LÖWEN und STARE, 1965; CAFFREY, 1968; SCHUCKER und JAKOBS, 1977. Siehe auch RICHTER und BECKMANN, 1973). Es wurden dabei zwei Verhaltenstypen, Typus-A und Typus-B beschrieben. Der ständig gestresste Typ-A zeigt eine erhöhte Aggressionsbereitschaft und Konkurrenzfreudigkeit und leidet an einem chronischen Zeitnotgefühl. Die entgegengesetzten, mehr entspannten Verhaltensweisen werden einem Typus-B zugeschrieben. Personen des Typus-A sind signifikant häufiger unter koronaren Herzpatienten zu finden als diejenigen des Typus-B. Herzneurosen kommen bei beiden Typen vor. RICHTER und BECKMANN (1973) schlagen aufgrund der unterschiedlichen Persönlichkeitscharakteristika typendifferenzierte psychotherapeutische Massnahmen vor.

#### 4.5.1. Aktivität und Rückzug im Verhalten Schizophrener:

Die klinische Beobachtung zeigt, dass es schizophrene Patienten gibt, die sich in hohem Masse aktiv sowohl in Bezug auf die Erfüllung ihrer eigenen Bedürfnisse als auch in Bezug auf das Milieugeschehen verhalten, in Gegensatz zu solchen, die es nicht tun. VENABLES (1957, 1962) untersuchte die Verhaltensdimensionen Aktivität-Rückzug (Activity-Withdrawal) mit Hilfe einer von ihm entworfenen "Activity-Withdrawal-Scale" (1957). Er definiert den Rückzug operational als verminderte Aktivität, Trägheit und Langsamkeit (=slowness), Mangel an freundschaftlichen Beziehungen, Vermeidung anderer Menschen, dürftige persönliche Hygiene, Vernachlässigung der eigenen äusseren Erscheinung sowie allgemeine Interessenlosigkeit. Es handelt sich dabei nicht um zwei dichotome Dimensionen, sondern um ein Kontinuum, an dessen Enden der extrem aktive, bzw. extrem zurückgezogene Schizophrene steht. Der Grad des Verhaltensrückzugs wird zusätzlich nach dem Vorkommen und dem Umfang folgender Symptomatik beurteilt: Affektflachheit, Spracharmut, Sprachinkohärenz sowie kohärente Wahnvorstellungen. Nach VENABLES, der zunächst chronisch-schizophrene Patienten untersuchte, ist der Rückzug durch zunehmende Arousel-Effekte bedingt. Diese beeinflussen die Wahrnehmungsqualität derart, dass die normale Selektivität beeinträchtigt wird. Er vermutet, dass der zurückgezogene Patient dadurch seiner Umwelt wesentlich mehr "ausgesetzt" wird und den Rückzug als Selbstschutz praktiziert (1962., s. dazu auch DEPUE, DUBICKI und McCARTHY, 1975).

Nun stellt sich die Frage, ob das aktive- bzw. das Rückzugsverhalten der an Schizophrenie Erkrankten bloss für zwei verschiedene Krankheitsformen innerhalb der Schizophrenien steht, die sich in ihrem Verlauf und in ihrem Ausgang voneinander unterscheiden oder ob diese divergierenden Verhaltensmodalitäten auf unterschiedliche prämorbid-psychosoziale Persönlichkeiten zurückzuführen sind. DEPUE und DUBICKI (1974) untersuchten die prämorbid-psychosoziale Persönlichkeit von chronisch-zurückgezogenen und akut-nichtparanoiden Schizophrenen. Sie stellten dabei fest, dass die zurückgezogenen Patienten eine auffallendere Hospitalisationsgeschichte aufweisen als die

Akutschizophrenen. Sie waren jünger, als die manifeste Symptomatik zur ersten Klinikaufnahme führte, wurden öfter hospitalisiert und verbrachten entsprechend im Ganzen fast doppelt so viel Zeit in psychiatrischen Kliniken. Die prämorbid-psychosoziale Persönlichkeit des zurückgezogenen Schizophrenen (Beurteilungsfaktoren waren beispielsweise: Anzahl absolvierter Schuljahre, Freunde während der Vorpubertät und der Pubertät, High-school Aktivitäten sowie einige Aspekte des sozialen Status) fiel dürftiger aus als diejenige des durch die VENABLES-Skala als aktiv beurteilten Schizophrenen. Dabei zeigte sich, dass die zurückgezogenen Schizophrenen mit dem Stress des Erwachsenenalltages schlecht umgehen konnten ("...withdrawal may have poorer personal and social resources with which to cope with the stress of adult life". DEPUE und DUBICKI, 1974. S. 630). Sie waren seltener verheiratet und hatten auch im Erwachsenenalter weniger unterstützende Freunde oder Verwandte in ihrer Umgebung. Meistens wohnten sie allein (in Mietwohnungen), berufliche Schwierigkeiten kamen bei ihnen häufig vor. Im Gegensatz zu ihnen waren Aktivschizophrene meist verheiratet, hatten Kinder wohnten mit ihrer Familie zusammen im eigenen Haus (!?) und hatten im Zeitpunkt der Untersuchung einen festen Arbeitsplatz. DEPUE et al, die 1974 die Arousel-Hypothese von VENABLES in ihren eigenen Untersuchungen bestätigen konnten, machten in einer anderen Arbeit (1975) auf einen weiteren Umstand aufmerksam. Die zu Beginn des Klinikaufenthaltes nach der Activity-Withdrawal-Scale vorgenommene Einteilung der Patienten in eine Gruppe von Aktiv- bzw. zurückgezogenen Schizophrenen blieb während der ganzen Hospitalisation weitgehend konsistent. Sie schlossen daraus, dass es sich hier um zwei voneinander verschiedene schizophrene Untergruppen handelt, deren Verschiedenartigkeit sich in ihrem sichtbaren Verhalten manifestiert. Nach Ihrer Ansicht lässt das frühere Ersthospitalisationsalter der zurückgezogenen Schizophrenen die Folgerung zu, dass sie auf Grund ihrer prämorbid-persönlichkeitscharakteristika weniger fähig sind, adäquat mit ihrem "Alltagsstress" umzugehen. Dies würde aber auch für die Annahme sprechen, dass es sich bei aktiven bzw. zurückgezogenen Schizophrenen um Persönlichkeiten mit verschiedenen Grunddimensionen handelt, deren Kontrast vor und während der schizophrenen Erkrankung in ihrem Sozialverhalten

zum Ausdruck kommt. Wenn das sichtbare Verhalten, bzw. das Sozialverhalten Schizophrener (aktiv-zurückgezogener) tatsächlich auf unterschiedliche Grunddimensionen der Persönlichkeit zurückzuführen ist, so ist es auch ein signifikanteres Differenzierungsmerkmal schizophrener Untergruppen als diejenigen Verhaltensmuster, die mit der Heftigkeit der schizophrenen Episode korrelieren.

## 2. Die "uncharakteristischen Basisstörungen" und ihr Einfluss auf das Verhalten Schizophrener:

Die Auffassung, wonach das Verhalten Schizophrener als Unterscheidungsmerkmal zwischen zwei Untergruppen, die sich in ihrem Aktiv- bzw. zurückgezogenen Verhalten signifikant voneinander unterscheiden, und dass dieses Verhalten auf unterschiedliche Grunddimensionen der prämorbidem Persönlichkeit zurückzuführen wäre, widerspricht manchen klinischen Erfahrungen. Zunächst ist bekannt, dass sich das Verhalten Schizophrener im Verlauf der Hospitalisation verändern kann. Nicht selten verwandelt sich der anfängliche Rückzug allmählich in ein sozialadäquates Aktivverhalten, oder der Verlauf ist umgekehrt. Die gleichen Patienten weisen bei verschiedenen Klinikaufenthalten unterschiedliche Verhaltensarten auf. WING und BROWN (1970) wiesen darauf hin, dass bei einer optimalen Milieugestaltung chronischschizophrene Patienten, die seit Jahren zurückgezogen und passiv auf einer Langzeitabteilung lebten, in ihrem sozialen Verhalten adäquater und aktiver wurden. Nach wie vor stellt sich demnach die Frage nach den möglichen Bedingungen im Verhalten Schizophrener, die möglicherweise in Wesen der schizophrenen Erkrankung liegen könnten.

SUELLWOLD (1976, 1977) postuliert eine hierarchische Ordnung der Schizophrenie-Symptomatik, die zwischen Symptomen höheren und niedrigen Verallgemeinerungsgrades unterscheidet. Analog zu den empirischbegründeten Persönlichkeitstheorien, die zwischen "Grundzügen der Persönlichkeit" (EYSENCK: typ-level und trait-level) und situationsabhängigen sowie sporadisch auftretenden Verhaltensweisen (EYSENCK: habitual- und specific-level) differenziert, findet man bei der schizophrenen Symptomatik "Basisstörungen", die den unterschiedlichen "Störungsmanifestationen" zugrundeliegen. Diese Basisstörungen bedingen das defizitäre Verhalten Schizophrener.

SUELLWOLD (1977) konnte die folgenden faktorenanalytisch gesicherten und gut interpretierbaren Faktoren der Basisstörungen finden: (A) Störung der expressiven und rezeptiven Sprache. (B) "kleine" Wahrnehmungsstörungen. (C) Verlust automatisierter Fähigkeiten. (D) Motorische Reaktions-Interferenzen (E) Gedanken-Interferenz. (F) Sensorische Störungen. (G) Angedeutete Wahnstimmung. (H) Durchdringende Unlust. Diese können sowohl bei beginnenden Psychosen als auch bei chronischen Patienten vorkommen. Die vor allem beim chronisch Kranken, aber auch in verschiedenen Phasen des akuten Verlaufs vorherrschende "Asthenie" ist vor allem auf sekundäre Vermeidungsreaktionen zurückzuführen. Wie sich bei ihren Untersuchungen zeigte "gibt es keine eigenständige Dimension von 'Bewältigungsreaktionen', sondern entsprechend der jeweiligen Ausprägung und Bewusstheit der verschiedenen Defizienzfaktoren entwickelten die Patienten Verhaltensweisen, die die Funktion haben, die Störungen zu mindern" (1976, S. 146). Aufgrund der vorhandenen Basissymptomatik entsteht bei solchen Patienten eine "Reaktionsunsicherheit", die zur Einengung des Verhaltensrepertoires führen kann: "Der stark in der Sprache Gestörte vermeidet z.B. zu lesen, zu sprechen usw. Unter Wahrnehmungsstörungen leidende Patienten schränken das Gesichtsfeld durch ständig gesenkte Augen usw. ein, meiden es aus dem Haus zu gehen oder sich zu bewegen, weil ein rascher Wechsel der visuellen Eindrücke die Verwirrung steigert. Zwangshaft anmutende Verhaltensweisen haben nicht selten einen 'Automatismenverlust' zur Grundlage" (a.o. dort).

Folgen wir dieser Auffassung, so ist das Rückzugsverhalten als Versuch, die Basisstörungen zu bewältigen, zu verstehen. Was sich dem Beobachter als "Rückzugsverhalten" bzw. Passivität präsentiert, kann unter Umständen durchaus durch aktive Bewältigungsstrategien bedingt sein. Zudem lässt sich keine eindeutige Typologie des Verhaltens aufgrund der Basisstörungen erkennen. Sie sind in allen Schizophrenengruppen regelmässig verteilt und werden unwesentlich vom Bildungsniveau, der Krankheitsdauer, der Medikamentenfreiheit oder dem Vorhandensein einer paranoiden Symptomatik beeinflusst. Allerdings könnte mit der Krankheitsdauer die "Einbusse automatisierter Fertig-

keiten" zunehmen und die Bewältigungsreaktionen sich vermehrt ausprägen (SULLWOLD, 1977). Das ist wohl der Grund, weshalb man bei chronisch Schizophrenen ein Rückzugs- bzw. passives Verhalten vorfindet, das man therapeutisch schwer angehen kann. Geeignete therapeutische Massnahmen, die auf den Ausprägungsgrad der Basissymptomatik Rücksicht nehmen, können allerdings auch dieses Verhalten modifizieren (S. Kap. 6, unten).

#### 4.5.3. Aktivität vs. Passivität als Verhaltensmerkmale Schizophrener in einem therapeutischem Milieu im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft:

Im Kapitel 2 haben wir das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft ausführlich dargestellt. Daraus geht hervor, dass die therapeutische Gemeinschaft durch (1) offene Kommunikation (2) soziales Lernen (3) vermehrte Gruppenaktivitäten sowie durch (4) Abbau hierarchischer Strukturen eine partnerschaftliche optimale Beteiligung der Patienten im eigenen therapeutischen Prozess anstrebt. LILIENFELD, STAUFFACHER und WIRZ (1976) stellten fest, dass diese Merkmale der therapeutischen Gemeinschaft auf den zwei geschlossenen Akutaufnahmestationen der psychiatrischen Klinik "Schlössli" weitgehend verwirklicht worden sind. Dabei konnten sie auch einige Verhaltensmerkmale schizophrener Patienten beobachten. In einer deskriptiven Zusammenfassung unterscheiden sie diese Verhaltensmerkmale hinsichtlich ihres Aktivitätsgrade in Bezug auf das therapeutische Milieu. Darin lassen sich "Aktiv-Schizophrene" (=A-Typus) von "Passiv-Schizophrenen" (=P-Typus) wie folgt abheben:

##### Verhaltensmerkmale des A-Typus ("Aktiv-Schizophrener Subtypus")

- Beteiligt sich in hohem Masse an Gruppengesprächen und -Aktivitäten
- Führt in Gruppenaktivitäten vermehrt Dialoge mit anderen, ähnlich gearteten Patienten. Diese Dialoge zeichnen sich besonders durch zweigeleisige Kommunikation aus, d.h. solche Patienten können einander gut verstehen und/oder sie sprechen aneinander vorbei.
- Ist in Gruppenaktivitäten motorisch unruhig (=zu spät kommen, Aufstehen, Hinausgehen etc.) = Hypermotilität.
- Hält sich in besonders rigider Weise an einmal beschlossene Regeln.

Verhaltensmerkmale des P-Typus ("Passiv-Schizophrener Subtypus")

- Passives Verhalten in Gruppengesprächen und -aktivitäten.
- Wirkt durch sein Verhalten so, dass er leicht übergangen bzw. übersehen wird.
- Ist in Gruppenaktivitäten motorisch ruhig.
- Richtet sich nach äusseren Regelungen, passt sich der äusseren Abteilungsordnung an.

Im Unterschied zu jenen Autoren, die die Dimensionen "Aktivität-Rückzug" mehr oder weniger mit VENABLES formulieren und Rückzug als Behinderung (disability) auffassen, beschreiben LILIENFELD, STAUFFACHER und WIRZ diejenigen Aspekte des Verhaltens Schizophrener, die in der Milieuinteraktion zum Ausdruck kommen. Es handelt sich hier demnach um Merkmale des sichtbaren Sozialverhaltens, und nicht um Verhaltensweisen mit weniger interaktivem Anteil (z.B. Selbstpflege, Einzelbeschäftigung etc.). Nun wäre es erst nach längerer Beobachtung möglich, die Zugehörigkeit eines Schizophrenen Patienten zum Aktiv- bzw. Passivtypus vorzuschlagen, denn je nach spezifischen Interaktionssituationen können sich Schizophrene hochaktiv oder -passiv verhalten. Zudem bedeutet die Formulierung einer Aktiv-Passiv-Typologie aufgrund des Gruppenverhaltens deren Reduktion auf das blossе Gruppengeschehen. Man sollte aber Verhaltensweisen erfassen können, die auch ausserhalb der Gruppensituation vorkommen. Dazu gehören der Grad und das Niveau der Ausführung alltäglicher Funktionen (=Handlungen), wie Selbstpflege, Alleinbeschäftigung, Zweierinteraktionen, aber auch Aspekte des "schizophrenen Verhaltens" (z.B.: Autismus, Agitiertheit, Halluzinationen etc). Demnach wäre zur Bestimmung des Aktivitäts- bzw. Passivitätsgrades eines Patienten die Erfassung seines gesamten Verhaltensrepertoires im Tagesablauf, und dies während längerer Zeit nötig, umsomehr als viele akutschizophrene Patienten zu Beginn ihres Klinikaufenthaltes den Gruppenaktivitäten fernbleiben.

Die Beschreibung der Verhaltensmerkmale des Aktiv- bzw. Passiv-schizophrenen wirft auch die Frage auf, inwiefern sich hier Sozialisationsprozesse, die durch "Grundzüge der Persönlichkeit" determiniert sind, manifestieren. Damit ist indessen nicht gemeint, dass das Aktiv- bzw. Passivverhalten bloss als "Reak-

tionsbildung" oder als "Bewältigungsstrategie" (coping behavior) aufzufassen wären. Wie schon oben (Kap. 3.3) ausgeführt, müssen in einem sozialen Milieu "Orientierungsstandards" übernommen werden, damit eine soziale Interaktion überhaupt möglich ist. Gerade in einem Milieu im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft wird einer bestimmten Form der sozialen Interaktion, nämlich dem sozialen Lernen eine wichtige Bedeutung zugeschrieben. Die Fähigkeit des sozialen Lernens, das bei Erwachsenen nach dem Grundprinzip der Sozialisation bei Kindern verläuft (KANFER und PHILIPS, 1975), ist indessen auch weitgehend durch Grundzüge der Persönlichkeit bedingt. Das führt uns wiederum auf die Frage zurück, inwieweit sich in Aktivität bzw. Passivität Persönlichkeitsdimensionen manifestieren (z.B. Extraversion-Introversion), die die soziale Interaktion zumindest mitbestimmen.

Die von LILIENFELD, STAUFFACHER und WIRZ beobachteten und in einer Hypothese zusammengefassten Verhaltensmerkmale von Aktiv- bzw. Passivschizophrenen wurden von uns in den Jahren 1977 - 1979 an der psychiatrischen Klinik "Schlössli" untersucht. Die Ergebnisse sollen in einer anderen Arbeit zusammengefasst werden.

#### 4.6. Zusammenfassung:

Ausgehend von der Auffassung M. BLEULER's (1971), wonach es innerhalb der Gruppe der Schizophrenien nicht möglich ist, Untergruppen "verschiedener Aethiologien und verschiedenen Wesens" zu unterscheiden, haben wir uns im Kapitel 4 mit den verschiedenen Ausdrucksweisen der schizophrenen Erkrankung befasst. Wenn auch die Grenzen zwischen den verschiedenen "Typologien" nicht immer scharf zu ziehen sind, so lassen sich hier dennoch grundlegende Richtungen erkennen:

- 1) Die symptombezogene Klassifikation: Dazu gehören die vier "Hauptgestaltungen" der Schizophrenie: Die Paranoidie, Katatonie, Hebephrenie und Schizophrenia Simplex. Die Zuordnung nach diesen klinischen Bildern umfasst die meisten schizophrenen Erkrankungen. Sie wurde in die internationale Klassifikation psychiatrischer Krankheiten (ICD, WHO, 1971) übernommen und widerspiegelt sich in der heutigen mitteleuropäischen psychiatrischen Diagnostik.
- 2) Die symptomunabhängige Klassifikation, welche eine Einteilung nach dem Gesichtspunkt der möglichen identifizierbaren Auslösefaktoren, dem Verlauf und dem Ausgang der schizophrenen Erkrankung vornimmt. Dieser vor allem in den USA und in Skandinavien zeitweise angewandten Klassifikation gehören die Prozess- und die reaktive Schizophrenie an.
- 3) Klassifikation nach Kriterien des Verhaltens gegenüber der Umwelt: Es handelt sich dabei nicht um eine diagnostische, sondern um eine "Verhaltenstypologie", die vorallem im Hinblick auf mögliche therapeutische Massnahmen an Bedeutung gewinnt. Die Einteilung in paranoide - nichtparanoide-Schizophrenie bzw. in den aktiv- oder passivschizophrenen Subtypus ist unter anderem für die Schaffung typenspezifisch milieutherapeutischer Massnahmen wichtig.

Auf die Vielfalt von Faktoren, die eine sinnvolle Klassifikation in schizophrene Untergruppen bedingen, haben BELLAK et al. (1979) hingewiesen. Neurophysiologische und biologische Faktoren wurden im letzten Kapitel nur andeutungsweise erwähnt. Im Vordergrund unserer Ausführungen standen symptombezogene, Verhaltens- und Verlaufskriterien. Im Kapitel 5. wenden wir uns Fragen nach dem prämorbidem-psychozialen-Status und dessen Bedeutung für die schizophrene Erkrankung zu.

## 5. Präorbider-Psychosozialer Status und schizophrene Erkrankung

### 5.1.0. Einleitung

Nachdem wir in Kap. 4 die symptomatologischen Kriterien für die Diagnostizierung der Schizophrenie und deren Unterteilung in Subtypen dargelegt haben, wenden wir uns in diesem Kapitel denjenigen "extrasymptomatischen Dimensionen" (ZIEGLER et. al. 1973) zu, deren Bestimmungen und Erforschung hinsichtlich der Schizophrenieanfälligkeit und -verläufe wichtige Erkenntnisse verspricht. Die gesamte Schizophrenieforschung befasst sich mit der Heterogenität im Verhalten Schizophrener und mit deren (biologischen und/oder psychodynamischen) Korrelaten. GOLDSTEIN (1978) bemerkt, dass diese Forschung produktiver und sinnvoller betrieben werden kann, wenn die untersuchte schizophrene Population nach bestimmten Gesichtspunkten klassifiziert wird. Er stellt zwei Klassifikationssysteme in den Vordergrund, nämlich:

- 1) Auf Grund der Symptomatik. Z.B.: "Paranoid" vs. "Nonparanoid"
- 2) Auf Grund der psychosozialen Kompetenz. Z.B.: "Good premorbid" vs. "Poor Premorbid".

Das Studium der präorbiden psychosozialen Anpassung (= "Premorbid adjustment") bezweckt (nach STRAUSS et al. 1977) die Klärung der ätiologischen Komponenten der Schizophrenie sowie die Aufdeckung von Faktoren, die ihren Verlauf determinieren. Nachfolgend wollen wir den Begriff "premorbid adjustment" erläutern und die Rolle dieses Faktors innerhalb weiterer Bedingungsfaktoren der Schizophrenie betrachten. Nach einem Ueberblick über Erfassungs- und Messkriterien werden mögliche Beziehungen zwischen dem "premorbid adjustment" auf der einen Seite und Kriterien der Symptomatik (Paranoid-Nonparanoid) bzw. des Verhaltens (Zurückgezogenheit-Aktivität) auf der anderen Seite diskutiert.

### 5.2.0. Begriffbestimmung, Abgrenzung sowie mögliche Wechselbeziehung mit anderen Bedingungsfaktoren.

### 5.2.1. Begriffsbestimmung - Definition:

Was versteht man unter "Prämorbidem-Psychosozialem Status"? Eine Literaturübersicht zeigt, dass verschiedene Autoren im gleichen Zusammenhang verschiedene Begriffe gebrauchen. Einige Beispiele sollen das illustrieren. WITTMAN (1941) und PHILIPS (1953) sprechen vom "prepsychotic adjustment". GOLDSTEIN (1968) gebraucht im gleichen Kontext die Bezeichnung "premorbid adjustment". Während ZIEGLER et al. (1976, 1977) sowie SANES et al (1971) in einer Reihe von Arbeiten den Begriff "premorbid social competence" vorziehen, sprechen ZIEGLER und LEVINE von "premorbid social adequacy" (1973). DEPUE und DUBICKI gebrauchen die Bezeichnung "premorbid characteristics" (1974), und zwar in ähnlichem Zusammenhang wie WITTENBORN et al., die allgemein von "background factors" sprechen. Dennoch, so scheint es uns, umfasst die Definition von STRAUSS et. al. (1977) die meisten Bereiche, die von den erwähnten Autoren angesprochen werden. Danach versteht man unter "Premorbid adjustment" diejenigen Persönlichkeitseigenschaften, - besonders hinsichtlich der interpersonellen Beziehungen sowie der beruflichen Tätigkeit - die für eine Person vor dem Ausbruch der produktiven schizophrenen Symptomatik charakteristisch waren. Hier liegt die Betonung auf Persönlichkeitseigenschaften, und nicht beispielsweise auf abnormen perinatalen Bedingungen (Familie, Schule). Zwar können die letzteren möglicherweise einen ätiologischen Beitrag zur schizophrenen Erkrankung leisten, sie sind indessen keine ständig-begleitenden Persönlichkeitseigenschaften. Ebenfalls sind aus diesem Bereich anatomisch-physiologische Vorgänge ausgeschlossen, da man die schizophrene Erkrankung "beim heutigen Stand der Erkenntnis in keiner Weise mit einzelnen anatomischen oder physiologischen Vorgängen in Beziehung setzen" kann (BLEULER, 1972, S. 565).

Im allgemeinen wird das "premorbid adjustment" als eine kontinuierliche Linie verstanden, an deren Enden einander ein gutes (=good premorbid) bzw. ein dürftiges (poor premorbid) prämorbides-psychosoziales Niveau gegenüberstehen. Auf die allfälligen Bestimmungskriterien dieses Niveaus werden wir weiter unten eingehen. Im nachfolgenden Kapitel haben die

Begriffe "premorbid adjustment" und "präorbider-psycho-sozialer Status" die gleiche Bedeutung.

### 5.2.2.

#### Zur Bedeutung des Präorbiden-Psychozialen Status

Die Beschäftigung mit dem präorbiden-psychozialen Status führt nach STRAUSS et. al. (1977) zu einer Reihe von Fragen über seine Bedeutung sowie über mögliche andere Zusammenhänge mit verschiedenen Bereichen. Diese lassen sich wie folgt zusammenfassen:

(1) Präorbider-Psychozialer Status als Vorhersagekriterium:

Welche Zusammenhänge bestehen zwischen dem präorbiden-psychozialen Status und einem schizophrenen Subtypus (z.B.: Parañoid-Nonparañoid)? Kann man das präorbide-psychoziale Niveau als Vorhersagekriterium anwenden, und zwar in der Weise, dass man je nach Niveau den späteren Ausbruch einer Schizophrenie bzw. einer anderen psychischen Krankheit sowie bestimmte Prognosen erwarten kann?

(2) Beziehungen zwischen dem präorbiden-psychozialen Status und pathologischen Prozessen.

Geht man von der Annahme aus, dass ein präorbides-psychoziales Statusdefizit als Vorläufer eines pathologischen Prozesses betrachtet werden kann, so stellen sich die folgenden Fragen: Begünstigt der präorbide-psychoziale Status unter Umständen eine "pathologische Verwundbarkeit", oder ist er ein Teil des pathologischen Prozesses selbst? Wenn eine bestimmte präorbide Funktion eine Pathologie vorhersagt, wird diese Pathologie erst unmittelbar vor der Erkrankung sichtbar oder präsentiert sie sich durch diese Funktion bereits lange Zeit vor dem Krankheitsausbruch?

(3) Struktur des präorbiden-psychozialen-Status:

Handelt es sich beim präorbiden-psychozialen Status um eine Einzelfunktion, um eine kleine Gruppe von Funktionen oder um einen zunehmenden Entwicklungsprozess mit additiven und zusammenhängenden Komponenten? Ein Beispiel mag diese Frage veranschaulichen. Das soziale Verhalten kann eine direkte Folge des präorbiden-psychozialen Status sein. Er kann sich aber auch aus den a) sozialen Bezie-

hungen und der b) Art der beruflichen Tätigkeit zusammen-  
setzen. Oder es handelt sich beim sozialen Verhalten um  
c) das Ergebnis eines Zusammenspieles zwischen genetischen  
Faktoren, die zu einer bestimmten Form von familiären  
Beziehungen während der frühen Kindheit führen. Diese  
bilden sich zu bestimmten Verhaltensmustern aus, die sich  
ihrerseits in der Schule und später durch die beruf-  
liche Tätigkeit modifizieren lassen.

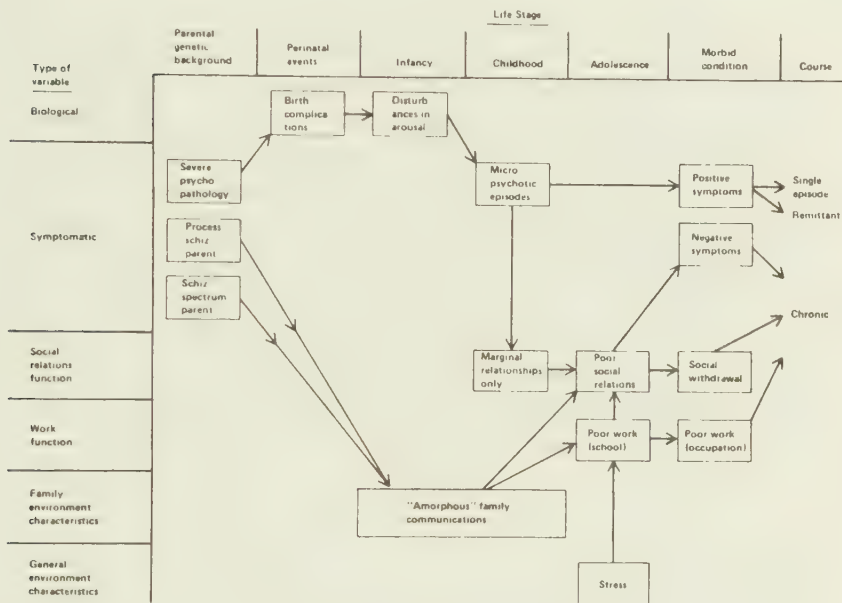
- (4) Mögliche kausale Zusammenhänge zwischen dem prämorbidem-  
psychosozialen Niveau und der psychischen Störung:  
Wodurch wird die psychische Störung bedingt? Bloss durch  
das prämorbid-psychosoziale Niveau, durch das prämorbid-  
psychosoziale Niveau und die "üblichen" Umwelteinflüsse  
oder aber durch das Zusammenspiel vom prämorbidem-psycho-  
sozialen Niveau und Stress, die den Uebergang vom prä-  
morbidem zum morbidem Status bewirken?
- (5) Relevanzbereiche:  
Ist der prämorbid-psychosoziale Status lediglich für den  
sozialen Bereich relevant oder erstreckt sich seine Be-  
deutung auch auf berufliche, psycho-dynamische und sogar  
physiologische Faktoren?

Wie bereits erwähnt, befassen wir uns in dieser Arbeit nur  
mit einem Teilaspekt des prämorbidem-psychosozialen Status,  
nämlich mit seinen Beziehungen zur Paranoiden-nonparanoiden  
Schizophrenie (symptomatologische Kriterien), sowie zur so-  
zialen Verhaltensdimension Aktivität-Zurückgezogenheit.

### 5.2.3 Die Wechselbeziehungen zwischen dem prämorbidem-psychosozialen- Status und weiteren möglichen Bedingungsfaktoren der schizo- phrenen Erkrankung: Ein Modell.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass der prämorbid-psychosoziale-  
Status einer von vielen Faktoren ist, die in einer gewissen  
Wechselbeziehung zueinander stehen und in einer bestimmten  
Konstellation den schizophrenen Erkrankungsprozess begünsti-  
gen. STRAUSS et al. (1974, 1976, 1977) entwarfen ein Modell  
zur Beschreibung der multivariablen Entwicklungszusammenhänge  
zwischen mehreren prämorbidem und morbidem Faktoren. Das mit  
Hilfe der Pfadanalyse (eine statistische Methode zur Klärung

komplexer Bedingungs-zusammenhänge) erstellte Modell kann Kausalzusammenhänge andeuten und auf Bereiche, in denen wichtige Informationen fehlen, hinweisen.



Darstellung eines Modells zur Beschreibung der multivariablen Entwicklungszusammenhänge zwischen mehreren prämorbid und morbid Faktoren der schizophrenen Erkrankung (nach STRAUSS et al., 1977, S. 184).

Auf der Verikalachse werden wichtige individuelle und Umweltbereiche aufgezählt: Biologische Faktoren, Symptomatik sowie Faktoren der unmittelbaren und mittelbaren Umwelt. Einige Variablen können als prämorbid Bedingungen der Schizophrenie betrachtet werden: Charaktervariablen (z.B.: Schizoide Persönlichkeitszüge. BLEULER, 1972), Verhaltensmerkmale sowie Dimensionen der sozialen Beziehungen. Andere Bereiche, beispielsweise die Familienbeziehung können zwar nicht als direkte Variablen des prämorbid-psychosozialen-Status betrachtet werden, sie dürften jedoch Informationen über die möglichen Vorboten der schizophrenen Erkrankung liefern. Die Hori-

zontalachse stellt die Zeitlinie dar, von der genetischen Ebene über die Kindheit und die Adoleszenz hindurch bis zum Verlauf der Erkrankung hin. Der Inhalt jedes Quadratfeldes kann operational definiert werden. Jeder der im Modell vertretenen Bereiche ist genau umschrieben. Es ist ebenfalls möglich, Verbindungen zw. den Bereichen "bilateral" oder global zu bestimmen und Korrelationen bzw. Kausalzusammenhänge zu untersuchen. Die gezeichneten Pfeile geben keine gesicherte Kausalbeziehung an, sie deuten aber auf mögliche Bedingungsbeziehungen hin. Die Charakteristika des prämorbidensychosozialen Status können in jedem Inhaltsbereich (dargestellt durch quadratische Felder), auf verschiedenen Altersebenen und als Vorboten verschiedener Morbiditätsaspekte vorkommen. Dafür ein Beispiel: Ein Kind mit Arousel-Störung innerhalb einer Familie mit amorphem Kommunikationsstil (WYNNE und SINGER, 1963) wird mit einiger Wahrscheinlichkeit Tendenzen zu dürftigen sozialen Beziehungen haben, die möglicherweise als Vorboten von negativer Symptomatik (Rückzug und chronischer Verlauf) erkannt werden können.

#### 5.2.4.

#### Die Erfassung von Prämorbidem Daten: Möglichkeiten und Probleme

Vom Anbeginn der Schizophrenieforschung an suchten Kliniker und Wissenschaftler nach Faktoren, die eine Vorhersage über den Ausbruch, Verlauf und Ausgang der Erkrankung ermöglichen. Es gilt heute als sicher, dass prämorbidem Faktoren Zusammenhänge mit dem Verlauf und dem Ausgang der Schizophrenie aufweisen (BLEULER, 1972., KOKS, STRAUSS und KLORMAN, 1977., GOLDSTEIN, 1978). Allerdings ist die Frage, welche prämorbidem Faktoren bei welchem Verlauf (Symptomatik, soziales Verhalten) bzw. bei welchem Ausgang bedeutsam sind, noch nicht restlos beantwortet worden. Im englischen Sprachraum - vor allem in den USA - wurde eine grosse Anzahl sog. objektiver Fragebögen (=Scales) entwickelt, die zur Erfassung sozialer Verhaltensweisen vor Ausbruch der Schizophrenie dienen. "Objektiv" meint hier, dass sich die Autoren bei der Konstruktion dieser Fragebögen um die Einhaltung von Kriterien bemühten, die üblicherweise für eine Testkonstruktion unerlässlich

lich sind (Auswahl der Stichprobe, Validität und Rehabilität). Obwohl sich diese Methoden von ihrem theoretischen Hintergrund her manchmal unterscheiden, weisen sie mehrere Gemeinsamkeiten auf. Wir wollen nun diese kurz darstellen.

#### 5.2.4.1 Erhebungsform

Die Erhebung erfolgt meist mittels Fragebögen, die unter anderem eine retrospektive Erfassung prämobider Daten bezwecken. Damit ist gemeint, dass man nach Ausbruch der Schizophrenie (und erfolgter Hospitalisation) die Anamnese nach bestimmten Gesichtspunkten (s. unten) zu vervollständigen sucht. Dies geschieht durch Befragung des Patienten, seiner Angehörigen sowie durch Angaben aus den "Krankengeschichten". Die erhobenen Daten werden mittels eines Punktesystems (score) bewertet und zur Bestimmung des prämobiden Status herangezogen. Ein Beispiel aus dem "Premorbid Adjustment Survey" (GOLDSTEIN, 1975) soll zur Illustration dienen (Eigenübersetzung):

#### ..."6. Aussenaktivitäten

Aktivitäten, die der Patient aus eigener Initiative ausserhalb seines Hauses unternommen hat. Zum Beispiel: Kinobesuch, Teilnahme an gesellschaftlichen Anlässen, Einkäufe, Picknicks, Freizeitbeschäftigungen, Camping, Reiten, Wanderungen.

#### - Bewertung nach folgenden Richtpunkten

1. - Keine Aktivitäten ausserhalb des Hauses aus eigener Initiative
2. - Eine oder zwei Aktivitäten ausserhalb des Hauses
3. - Verschiedene Aktivitäten ausserhalb des Hauses
4. - durchschnittliche Anzahl von Aktivitäten ausserhalb des Hauses
5. - Unternimmt aus eigener Initiative "viele Aktivitäten ausserhalb des Hauses."...

Die Bewertung der Daten erfolgt so, dass eine niedrige Punktzahl auf einen dürftigen (Poor premorbid), eine hohe auf einen guten (Good premorbid) prämobiden-psychosozialen Status schliessen lässt. Andere Fragebögen bedienen sich eines anderen, zum Teil recht komplizierten Bewertungssystems.

#### 5.2.4.2 Inhaltliche Kategorien: Extrasymptomatische vs. symptomatische Daten

Die verschiedenen Fragebögen unterscheiden sich weitgehend voneinander im Umgang und in der Präzision, mit welchen die prä-morbiden Daten erhoben werden. Bei allen werden die prä-morbiden-psychosozialen-Daten erhoben. Wesentlich allerdings unterscheiden sich die Fragebögen hinsichtlich der Zeitspanne, in welcher diese Daten gewonnen werden. Während sich z.B. GOLDSTEIN (1975) für die psychosozialen Funktionen während der Adoleszenz (16 - 20 j.) interessiert, untersuchen STRAUSS und CARPENTER ("The prognostic scale", 1974) den psychosozialen Status während des Jahres vor Ausbruch der letzten Erkrankung. Mehrheitlich werden sowohl prä-morbide (extrasymptomatische Dimensionen) als auch psychopathologische Daten (symptomatische Dimensionen) erhoben und auf mögliche Zusammenhänge hin untersucht (WITTMAN "Elgin Prognostic Scale", 1953, ULLMANN and GROVANNONI: "Self report process-reactive-Questionnaire", 1964, STRAUSS und CARPENTER: "The prognostic Scale", 1975). Alter, Intelligenz, Ausbildung, Zivilstand und soziale Klasse figurieren bei den einen (ZIEGLER and PHILIPS: "Social competence scale", 1961.), während mögliche Auslösefaktoren, Anzahl Erkrankungen und Hospitalisationsdauer von den anderen Autoren berücksichtigt werden (WITTMANN, 1941, s.o.). Interessant sind auch die Namen der verschiedenen Fragebögen, die jeweils die zugrundeliegenden Arbeitshypothesen der Autoren bekunden. Hier sind zwei Tendenzen deutlich voneinander zu unterscheiden. Die eine Gruppe von Autoren bezweckt vor allem die Erfassung von prä-morbiden Daten (Psychosozial und demographisch). ZIELGER und PHILIPS ("Social competence scale", 1961) sowie GOLDSTEIN ("Premorbid adjustment survey", 1975) gehören dieser Gruppe an. Erst in zweiter Linie untersuchen sie ihre Daten auf mögliche Korrelationen mit dem Verlauf und dem Ausgang der schizophrenen Erkrankung hin. Andere Autoren hingegen streben einen direkteren Zugang zu prognostisch bedeutsamen prä-morbiden Daten an, in dem sie diese gleichzeitig mit psychopathologischen Daten erheben. WITTMAN ("Elgin prognostic scale", 1941) sowie STRAUSS and CARPENTER ("The prognostic scale",

1975) sind die prominentesten Vertreter dieser Gruppe. Alle Autoren bemühen sich jedenfalls um die Bestimmung derjenigen prämorbid Daten, die für einen bestimmten Verlauf und einen bestimmten Ausgang der schizophrenen Erkrankung wesentlich sind.

Ein anschauliches Beispiel für eine solche Erfassungsmethode ist die "Strauss-Carpenter prognostic scale" (STRAUSS and CARPENTER, 1974, 1977), die wir hier kurz vorstellen wollen. Der Fragebogen umfasst 14 (bzw. 16) Variablen deren prognostische Bedeutung durch mehrere Untersuchungen bestätigt werden konnte. Diese sind:

1. Niveau der nützlichen Arbeit (Quantitativ und qualitativ)
2. Soziale Klassenzugehörigkeit
3. Soziale Beziehungen
4. Heterosexuelle Beziehungen
5. Form und Qualität der durchgeführten Therapie
6. Psychiatrische Hospitalisationen in der Familiengeschichte
7. Frühestes Alter, in dem psychische Symptome auftraten.
8. "Problemhandlungen" (Gewaltanwendung, Suizid- bzw. Mordäußerungen)
9. Affektflachheit
10. Dauer früherer Hospitalisation
11. Zeitdauer seit dem ersten Ausbruch von psychotischen Symptomen
12. Denkstörungen
13. Wahn oder Halluzinationen
14. Depressive Symptomatik
15. Hypomanische bzw. manische Symptomatik
16. Mögliche auslösende Ereignisse

Soweit möglich sollen die Daten für die 12 Monate vor der jetzigen Hospitalisation erhoben werden. Jedes Item kann mittels Punktbewertung von Null (=ungünstige Prognose) bis Vier (=günstige Prognose) eingeschätzt werden.

STRAUSS und CARPENTER kamen in ihren Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

- (1) Der Ausgang einer Erkrankung ist keine in sich geschlos-

sene Gesamteinheit. Vielmehr handelt es sich hier um die Beziehungen zwischen verschiedenen, teilweise voneinander unabhängigen Funktionen. Der Ausgang ist also als multidimensional zu betrachten. (2) Durch die Messung der verschiedenen Aspekte dieser "Ausgangs-Funktionen" wurde es möglich, die Beziehungen zwischen den erhobenen Daten und diversen Aspekten der "Ausgangs-Funktionen" einzuschätzen. Dadurch kann die Frage, welche Daten als "Vorhersagekriterien (=Predictors) für welchen Krankheitsausgang angenommen werden können, besser beantwortet werden. (3) Die Feststellung des tatsächlichen Krankheitsausganges kann erst durch wiederholte Nachuntersuchungen (z.B. zwei und fünf Jahre nach der Erkrankung) erfolgen. Erst dann ist die Gültigkeit von Vorhersagekriterien überprüfbar. (4) Die prognostische Bedeutsamkeit präorbider Daten für den Verlauf und Ausgang der schizophrenen Erkrankung kann erst dann angenommen werden, wenn gleiche Untersuchungen durch mehrere psychische Krankheitsgruppen hindurch erfolgen. Dieser Forderung kommen STRAUSS und CARPENTER insofern in ihrer "Prognostic scale" nach, als sie hier auch Aspekte der Manie und Depression berücksichtigen (Items 14,15.).

#### 5.2.4.3 Probleme und kritische Betrachtungen

Es war im Rahmen unserer knappen Zusammenfassung kaum möglich, ausführlich auf Vorteile und Mängel der bestehenden Methoden zur Erhebung präorbider Daten einzugehen. Die folgenden Bemerkungen sollen auf einige in diesem Zusammenhang noch offene Fragen hinweisen.

- 1) Der retrospektiven Erfassung präorbider Daten sind grundsätzlich Grenzen gesetzt, da der Versuch der Datenrekonstruktion durch das aktuelle Krankheitsbild zumindest gefärbt (und somit verfälscht) wird.
- 2) Sowohl der präorbide Status als auch der Verlauf und der Ausgang einer schizophrenen Erkrankung sind aus verschiedenen, zum Teil voneinander unabhängigen Faktoren zusammengesetzt (=multidimensionale Konzepte). Ein guter Krankheitsausgang setzt gute und flexible Anpassungsfunktionen (adaptiv functioning) auf den Gebieten der sozialen Beziehungen, der Arbeit, der Selbstversorgung (personal

care) und des Umganges mit der schizophrenen Symptomatik (coping) voraus. Bisher sind die Beziehungen zwischen diesen Einzelfunktionen und dem Verlauf und Ausgang der schizophrenen Erkrankung noch nicht eindeutig geklärt worden.

- 3) Ebenfalls noch wenig untersucht ist das Verhältnis zwischen den wichtigsten 3 Hauptgruppen des prämorbidem Status, nämlich: individuelle, demographische und biologische Faktoren. Es bedarf einer weiteren Klärung dieses Verhältnisses, um die Gewichtung dieser Faktoren und deren Bedeutung für den Verlauf und den Ausgang der schizophrenen Erkrankung zu ermöglichen. (Zur Bedeutung der biologischen Faktoren siehe auch BLEULER, 1972., sowie KLORMAN, STRAUSS and KOKS, 1977b).
- 4) Es fehlen zur Zeit allgemeingültige und operationalisierbare Beschreibungen für die zu erhebenden prämorbidem Daten. Mit Ausnahme der einfachen demographischen Angaben (Alter, Geschlecht, Zivilstand) werden die komplexeren Dimensionen unterschiedlich beschrieben. Dies wird besonders aus der Beschreibung des sozialen Verhaltens, wo je nach Autor von "social adjustment", "social adequacy" oder "social competence" die Rede ist, ersichtlich. Aus diesem Grund sind die verschiedenen Untersuchungsergebnisse nicht immer vergleichbar.
- 5) Uneinigkeit herrscht ebenfalls hinsichtlich des Lebensabschnittes, aus dem man die prämorbidem Daten gewinnt. Während z.B. STRAUSS und CARPENTER (1974) Daten aus dem letzten Jahr vor Ausbruch der gegenwärtigen Erkrankung erheben, sind für GOLDSTEIN (1975) die Daten aus der Adoleszenz (16.-20. Lebensjahr) als Vorhersagekriterien wichtig. Andere Autoren (z.B. WITTMAN, 1941) verwenden für ihre Erhebungen alle überhaupt aus der Anamnese erhältlichen Angaben. Somit wird auch der Begriff "prämorbid" recht uneinheitlich gefasst, was wiederum Vergleiche zur Erarbeitung wissenschaftlich gesicherter prognostischer Faktoren erschwert.
- 6) An sich ist der Begriff "prämorbidem-psychozialer Sta-

tus" nicht nur sehr weit, sondern unter Umständen auch widersprüchlich, gefasst. Soziale Anpassung (social adjustment) und soziale Kompetenz (social competence) decken sich keineswegs. Nicht selten steht eine soziale Anpassung im krassen Gegensatz zur sozialen Kompetenz. Zudem wird manchmal eine soziale Anpassungsleistung nach einer schizophrenen Erkrankung fälschlicherweise als ein "guter Krankheitsausgang" missverstanden, während sie in der Tat bloss ein Zeichen peripherer Angepasstheit bei gleichzeitigem inneren Rückzug und Resignation ist.

- 7) Schliesslich noch eine Bemerkung zur Theoriebildung. Die klinische Forschung präorbider Daten hat bisher Ergebnisse hervorgebracht, die im Sinne verschiedener psychologischer Theorien verstanden werden können. Diese finden beispielsweise Anwendung in der Systemtheorie, den Theorien der Familienstruktur und Familienprozesse, der Psychoanalyse und Lerntheorie, der Arbeits- und Entwicklungspsychologie u.a.m.. Eine umfassende, wissenschaftlich gesicherte Einschätzung der prognostischen Bedeutung präorbider Verhaltensweisen für den Verlauf und den Ausgang schizophrener Erkrankungen ist bisher nicht vorhanden. Sie wird aber durch eine umfassende Erhebung psychologisch interpretierbarer und wissenschaftlich vergleichbarer Daten möglich und kann mit der Zeit auch zur Bildung einer Theorie des "präorbiden-psychosozialen Niveaus" führen.

### 5.3.0. Die Beziehungen zwischen dem prämorbidem-psychozialem-Status und der paranoiden und nicht-paranoiden Schizophrenie

#### 5.3.1 Prämorbidem-psychozialer-Status und Krankheitsverlauf

Die prognostische Bedeutung des prämorbidem-psychozialen Status für den Krankheitsausgang hängt nicht nur von demographischen und kulturellen Faktoren ab. Aus vielen Untersuchungen geht hervor, dass es Zusammenhänge gibt zwischen dem prämorbidem-psychozialen-Status und dem Krankheitsverlauf, nämlich der Symptomatik, so wie sie in der Diagnose eines schizophrenen Subtypus (nach Kraepelin) zum Ausdruck kommt. Man kann also mit Recht fragen, ob die prognostische Bedeutung des prämorbidem-psychozialen-Status vom Krankheitsverlauf abhängt, oder ob der Krankheitsverlauf (sowie der Krankheitsausgang) schon durch den prämorbidem-psychozialen-Status prädeterniert ist.

#### 5.3.2 Prämorbidem-psychozialer-Status und paranoide Schizophrenie

In mehreren Arbeiten wurde die Beziehung zwischen dem prämorbidem-psychozialen-Status und der paranoiden Schizophrenie untersucht. Im Allgemeinen bestand die Untersuchungsmethode darin, dass man schizophrene Patienten in zwei Subgruppen - Paranoide vs. Nonparanoide - unterteilte und diese auf die Qualität ihres prämorbidem-psychozialen-Status hin - good premorbid vs. poor premorbid - untersuchte. Die meisten Autoren überprüften die Ergebnisse von GOLDSTEIN, HELD und CROMWELL (1968), die aus drei grossen stationären Stichproben (State hospitals samples) feststellen konnten, dass Patienten, die in der "Philips scale" als "poor premorbid" eingestuft wurden, später seltener als paranoid-schizophrene diagnostiziert wurden. Die Annahme, wonach Paranoide eine Vorgeschichte mit einem guten prämorbidem - psychozialem-Status (good premorbid) haben, während Nonparanoide einen eher dürftigen prämorbidem-psychozialen-Status (=Poor premorbid) aufweisen, konnte zumindest nicht eindeutig bestätigt werden. In einigen Untersuchungen konnte gar keine Beziehung zwischen dem prämorbidem-psychozialen Status und der diagnostischen Kategorie (paranoid-konpuranoid) gefunden werden.

Die Gründe für diese widersprüchlichen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- 1) Möglicherweise hat der prämorbid-psychoziale-Status nur bei sehr gestörten Patienten eine eindeutige Beziehung zu diagnostischen Kategorien. In den meisten Arbeiten wurden aber gemischte Patientengruppen (weniger und sehr gestörte) untersucht, weshalb keine eindeutige Beziehung nachgewiesen werden konnte (ZIEGLER und LEVINE, 1978).
- 2) Die Erhebung des prämorbid-psychozialen-Status erfolgte in den verschiedenen Stichproben durch nicht miteinander vergleichbare Erhebungsmethoden. Was bei der einen Methode als "good premorbid" gilt, deckt sich nicht immer ganz mit der Bewertung durch eine andere Methode. (ZIEGLER, LEVINE und ZIEGLER, 1976).
- 3) Beim prämorbid-psychozialen-Status handelt es sich um ein Kontinuum, und nicht um eine Gegenüberstellung extremer Werte ("good premorbid" vs. "poor premorbid"). In den meisten Untersuchungen wurden jedoch die Zwischenstufen des prämorbid-psychozialen-Status zugunsten einer solchen Gegenüberstellung vernachlässigt (ZIEGLER, LEVINE und ZIEGLER, 1976).
- 4) Die bloße diagnostische Unterscheidung: Paranoid vs. non-paranoid, lässt einige Ungenauigkeiten zu. Die nonparanoide Gruppe umfasst verschiedene, heterogene Symptomgruppen (Schizophrenia simplex, Hebephrenie, katatone Schizophrenie), die sich wesentlich voneinander unterscheiden. Aber auch die untersuchten Gruppen der Paranoidschizophrenen sind nach Ansicht von ZIEGLER, LEVINE und ZIEGLER (1976) keineswegs homogen. Nach Auffassung von ZIEGLER und LEVINE (1973) müssen auch gewisse Unterschiede innerhalb der Gruppe der Paranoidschizophrenen beachtet werden. Paranoide mit "good premorbid" unterscheiden sich von Paranoiden mit "poor premorbid" darin, dass die ersten hochorganisierte und artikulierten paranoide Wahninhalte haben, während die letzten globale, desorganisierte und wenig modulierte Inhalte aufweisen. ZIEGLER und LEVINE führen diese Tatsache auf ein unterschiedliches persönliches Entwicklungsniveau der prämorbid-sozialen-Kompetenz (=social competence) zurück. Nach

- ihrer Ansicht müsste man auch innerhalb der Gruppe der Paranoidschizophrenen zwei Untergruppen nach dem Kriterium der prämorbid-sozialen-Kompetenz voneinander unterscheiden, wenn man die prognostische Bedeutung des prämorbid-psychozialen-Status für den Krankheitsverlauf untersucht.
- 5) Die prognostische Bedeutung des prämorbid-psychozialen-Status scheint ebenfalls vom Chronifizierungsgrad abzuhängen (GOLDSTEIN, 1978). Auch in dieser Hinsicht sind die untersuchten Stichproben eher heterogen, da sie Akut - wie Langzeitpatienten umfassen. STRAUSS (1973) weist darauf hin, dass Paranoide unter chronischen (Langzeit-) Patienten verhältnismässig untervertreten sind. STRAUSS, SIROTKIN und GRISEL (1974) vermuten, dass Paranoidschizophrenie schneller entlassen und im Vergleich zu anderen Schizophrenen weniger häufig wiederaufgenommen werden. DEPUE und WOODBURN (1975) meinen hingegen, dass Paranoidschizophrenie mit zunehmender Hospitalisationsdauer andere - nicht paranoide - Symptome entwickeln und deshalb nicht mehr als paranoid diagnostiziert werden. Jedenfalls muss der Chronifizierungsfaktor bei der Auswahl der Stichprobe berücksichtigt werden.

Diese Überlegungen wurden von GOLDSTEIN (1978) soweit möglich berücksichtigt. Er untersuchte eine Gruppe von erst- und zweithospitalisierten Schizophrenen mit verhältnismässig kurzer Hospitalisationsdauer (Durchschnitt: 12 Tage), welche er diagnostisch in 3 Gruppen - Paranoid, nonparanoid und eine "Zwischengruppe" - einteilte. Der prämorbid-psychoziale-Status wurde mit der bereits oben in Abschnitt 5.2.4.1 erwähnten "Premorbid social survey" (1975, in der Literatur auch unter der Bezeichnung: "Premorbid social scale - UCLA social survey" bekannt) erhoben. Der prämorbid-psychoziale-Status wurde in fünf Kategorien eingeteilt, nämlich in Kategorie 1, die den dürftigen prämorbid-psychozialen Status (=poor end of scale) angibt, bis Kategorie 5, die den guten prämorbid-psychozialen-Status (=good end of scale) bezeichnet. Diese Einteilung in drei Gruppen der schizophrenen Diagnose und in fünf Gruppen des prämorbid-psychozialen Status liesse auch eine Untersuchung von Zwischenkategorien zu und vermiede eine Gegenüberstellung

von Extremwerten, die zu Ungenauigkeiten führen kann. GOLDSTEIN stellte dabei eine positive lineare Beziehung zwischen der paranoiden Symptomatik und dem prämorbidem-psychozialem-Status (gemessen mit der "premorbid social survey") fest. Eine definitive (=deutliche) paranoide Symptomatik fehlte bei Patienten mit einem dürftigen prämorbidem-psychozialem-Status und nahm mit wachsendem prämorbidem-psychozialem-Niveau zu. GOLDSTEIN sieht in seinen Ergebnissen eine Bestätigung dafür, dass ein gewisses Niveau an emotionaler Engagiertheit in Zwischenmenschlich-sozialen Bereichen während der Adoleszenz eine wichtige Voraussetzung für die Bildung eines organisierten Wahnsystems zu Beginn der schizophrenen Erkrankung im frühen Erwachsenenalter darstellt. Ferner vermutet er, dass je grösser die Anzahl gleich- und gegengeschlechtlicher Beziehungen während der Adoleszenz war, umso verwickelter das Netz der projektiven Ueberzeugungen innerhalb eines paranoiden Wahnsystems wird.

Fassen wir zusammen: Es gibt bis zur Zeit keine eindeutigen Hinweise auf eine globale Beziehung zwischen dem prämorbidem-psychozialem-Status und dem Krankheitsverlauf. Hingegen scheint die emotionale Engagiertheit im sozialen Bereich während der Adoleszenz eine der Bedingungen zur späteren Bildung eines organisierten paranoiden Wahnsystems zu sein. Auch die Frage nach der Beeinflussung der prognostischen Bedeutung des prämorbidem-psychozialem-Status durch den Krankheitsverlauf muss bisher offen bleiben.

#### 5.4. Zur Beziehung zwischen dem prämorbidem-psycho-sozialen-Status und dem Aktivitätsniveau Schizophrener.

Von besonderem Interesse sind die Zusammenhänge zwischen dem prämorbidem-psycho-sozialen-Status und dem "Aktivitätsniveau" (VENEABLES, 1957, 1962) Schizophrener (s.a.o. Kap. 3.4.2.). Da die Dimensionen Aktivität-Rückzug (Activity-Withdrawal) unter anderem durch Merkmale des sozialen Verhaltens definiert werden, drängt sich die Frage auf, ob das soziale Verhalten ausser mit institutionellen Bedingungen (Institutionalismus, WING und BROWN, 1970, s.a.o. Kap. 3.4.3.) und den Verlaufsformen (Paranoid-Nonparanoid) auch mit dem prämorbidem-psycho-sozialen-Status in Beziehung gebracht werden könnte. Liessen sich solche Zusammenhänge nachweisen, so könnte man beispielsweise das soziale Verhalten Schizophrener während der Hospitalisation unter anderem auch auf bestimmte prämorbidem Daten zurückführen. Entsprechend wäre ein Rückzugsverhalten nebst institutionellen und Symptomkriterien auch durch den Mangel an gewissen Charakteristika der prämorbidem-psycho-sozialen-Persönlichkeit (=poor premorbid) bedingt. In diesem Fall würde bei einem solchen Patienten ein optimal stimulierendes Milieu sowie eine gezielte Behandlung der Symptomatik weniger zur Erhöhung des Aktivitätsniveaus beitragen als bei einem Patienten, bei welchem diese Charakteristika der prämorbidem-psycho-sozialen-Persönlichkeit nicht fehlen (good premorbid).

DEPUE und DUBICKI (1974) befassten sich mit dieser Frage. Sie untersuchten mehrere chronischschizophrene Patienten, die wiederholt hospitalisiert waren. Alle waren nicht-paranoid und wiesen keine hirnpathologische, alkoholische bzw. Retardierungsmerkmale auf. Keiner wurde je mit Elektroschock behandelt. Die Patienten wurden mit VENABLES' "Activity-Withdrawal-Scale" (1957) auf ihr Aktivitätsniveau hin untersucht und einer "aktiven" bzw. "zurückgezogenen" Gruppe zugeteilt. Vier Wochen nach der Aufnahme sowie am Entlassungstag wurde diese Zuteilung überprüft. Von insgesamt 40 Patienten gehörten 20 der "aktiven Gruppe" und 20 der "Gruppe der Zurückgezogenen" an. Nach der Entlassung erfolgte bei allen Patienten eine gründliche Erhebung von prämorbidem Daten mittels des "General Information Questionnaire" (GIQ

von DEWOLPE; 1966, 1968) sowie der "Premorbid Adjustment Section" von PHILIPS (1953).

Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen sich kurz wie folgt zusammenfassen: Bei gleichem Ausbildungsniveau unterscheiden sich beide Gruppe hinsichtlich ihres prämorbid-psychozialen-Status signifikant voneinander. In der Gruppe der zurückgezogenen Patienten fand man eine allgemein schlechtere prä-morbide Anpassung (=premorbid adjustment). Diese Patienten hatten im Alter von 13-18 Jahren weniger Freunde als die Patienten der aktiven Gruppe. Sie wiesen wesentlich weniger "high school activities" auf und nur deren 9 waren verheiratet (gegenüber 17 in der aktiven Gruppe). Ihr erstes Hospitalisationsalter war wesentlich jünger ( $24.9. J \pm 3.69$ ) als dasjenige der Patienten der aktiven Gruppe ( $31.8 J \pm 3.69$ ). Gerade dieses frühere Ersthospitalisationsalter führen DEPUE und DUBICKI darauf zurück, dass der "Zurückgezogene" offensichtlich über wenige persönliche und soziale Ressourcen verfügten, die zur Bewältigung vom Alltagsstress im Erwachsenenleben (=to cope with the stress of adult life) nötig wären. Diese Tatsache mag auch im Zusammenhang mit den dürftigen sozialen Beziehungen der "Zurückgezogenen" stehen. Für beide Autoren war aber der Umstand, dass das Aktivitätsniveau bei den Patienten während der ganzen Hospitalisation bei gleichbleibenden Bedingungen konsistent blieb, ausschlaggebend. Sie schliessen daraus, dass diese Dimension: Aktivität-Rückzug eher auf grundlegendere Unterschiede zurückzuführen ist, als bloss auf den Grad und die Dauer der schizophrenen Episoden. Diese Unterschiede wären nach ihrer Ansicht durch den prämorbid-psychozialen-Status begründbar. Es bestünden Zusammenhänge zwischen dem dürftigen prämorbid-psychozialen-Status und der "Zurückgezogenheit" einerseits sowie zwischen dem guten prämorbid-psychozialen-Status und der "Aktivität" andererseits. Diese Annahme wird nach Ansicht der Autoren durch das prä-morbide Gruppenverhalten der Patienten bestätigt. Danach beurteilen 95 % der "Zurückgezogenen" ihr prä-morbides Gruppen-Verhalten als passiv ("quiter members or unnoticed") während 90 % der "Aktiven" über ein aktive prä-morbides Gruppenverhalten ("go better types") berichten. Im glei-

chen Zusammenhang schlagen DEPUE und DUBICKI vor, in allen Untersuchungen zum Aktivitätsniveau auch den Gesichtspunkt der Prozess- vs. reaktive Schizophrenie zu berücksichtigen, eine Typologie, bei der die prämorbid-psychozialen Daten von besonderer Wichtigkeit sind.

Wenn auch die Ergebnisse dieser Untersuchung einige Hinweise auf mögliche Zusammenhänge zwischen prämorbid-psychozialen Daten und dem Sozialverhalten Schizophrener (gemessen am Aktivitätsniveau!) liefern, bleiben doch noch einige Fragen offen. Zunächst liegt es auf der Hand, dass Personen mit prämorbid "sozialen Fähigkeiten" nach Abklingen der floriden Symptomatik besser in der Lage sind, über solche zu verfügen als Personen, die allgemein ein defizitäres soziales Verhalten aufweisen. An sich kann diese Untersuchung nur bestätigen, dass eine schizophrene Erkrankung, auch wenn sie einen chronischen Verlauf aufweist, die prämorbid soziale Kapazität nicht negativ beeinflussen muss. Man könnte überspitzt formulieren, dass das soziale Verhalten zu denjenigen Persönlichkeitseigenschaften gehört, die von der schizophrenen Erkrankung nicht in Mitleidenschaft gezogen werden. Das stimmt (zumindest in dieser Formulierung) natürlich nicht. Zweitens machen DEPUE und DUBICKI keine Angaben über das therapeutische Milieu, in welchem sich die Patienten befinden. Dass das Aktivitätsniveau (als Gradmesser des Sozialverhaltens) während der ganzen Hospitalisationsdauer bei allen Patienten konsistent bleibt, könnte auch darauf zurückgeführt werden, dass mit diesen Patienten aus milieutherapeutischer Sicht wenig geschieht. Drittens ist einzuwenden, dass die klinische Erfahrung zu anderen Schlüssen führt. Viele Patienten, die nach Abklingen der floriden Symptomatik im Zustand der "Zurückgezogenheit" bleiben, können durch optimale Stimulation positive soziale Verhaltensweisen entwickeln (WING und BROWN, 1970, CIOMPI, AGUE und DAUWALDER, 1977). Dies bedeutet, dass unter bestimmten Voraussetzungen Veränderungen im Aktivitätsniveau im Laufe der Hospitalisation, wohl möglich sind. Hier wäre meines Erachtens ein Forschungsansatz nötig; nämlich die Klärung möglicher Beziehungen zwischen dem Prämorbid-psychozialen-Status und der Fähigkeit eines Schizophrenen unter

Bedingungen der optimalen Stimulation ein adäquates Sozialverhalten zu entwickeln.

## 5.5. Zusammenfassung

Zur besseren Uebersicht wollen wir nun die wichtigen Punkte dieses Kapitels zusammenfassen:

- 1) Unter prämorbidem-psychosozialem-Status versteht man diejenigen Persönlichkeitseigenschaften - besonders hinsichtlich der interpersonellen Beziehungen sowie der beruflichen Tätigkeit die für eine Person vor Ausbruch der produktiven schizophrenen Symptomatik charakteristisch waren (STRAUSS et. al., 1977). Im Allgemeinen wird der prämorbid-psychosoziale-Status als eine kontinuierliche Linie verstanden, an deren Enden einander ein gutes (=good premorbid) bzw. ein dürftiges (=poor premorbid) prämorbid-psychosoziales Niveau gegenüberstehen.
- 2) Das Studium des prämorbid-psychosozialen-Status kann zur Abklärung der ätiologischen Komponenten der Schizophrenie, sowie zur Aufdeckung von Faktoren, die ihren Verlauf determinieren, dienen. Der prämorbid-psychosoziale-Status ist einer von vielen Faktoren, die in einer gewissen Wechselbeziehung zueinander stehen und in einer bestimmten Konstellation den schizophrenen Erkrankungsprozess begünstigen.
- 3) Die Erhebung des prämorbid-psychosozialen-Status erfolgt mittels nach objektiven Kriterien konstruierten Fragebögen, die eine retrospektive Erfassung prämorbid-er Daten bezwecken. Diese Erfassungsmethoden weisen verschiedene theoretische und praktische Mängel auf und sind zudem selten miteinander vergleichbar. Eine umfassende deutschsprachige Version, welche objektiven Kriterien genügt, existiert bisher nicht.
- 4) Bisher fehlen eindeutige, wissenschaftlich überprüfbare Hinweise auf mögliche Beziehungen zwischen dem prämorbid-psychosozialen Status und dem Krankheitsverlauf hinsichtlich der Symptomatik (z.B. paranoide vs. nonparanoide Schizophrenie).
- 5) Die Frage, ob ein gewisser prämorbid-psychosozialer Status bei einem bestimmten Krankheitsverlauf die Prognose beeinflusst, kann nicht eindeutig beantwortet werden.
- 6) Was die Zusammenhänge zwischen dem prämorbid-psychosozialen-Status und bestimmten Formen des Sozialverhaltens während der schizophrenen Erkrankung (z.B. am "Aktivitätsniveau" gemessen) betrifft, so ist es bisher nicht gelungen, auf eine wissenschaftlich-gesicherte Beziehung hinzuweisen.

## 6. Ueberlegungen zur milieutherapeutischen Behandlung Schizophrener =====

### 6.1.0. Einleitung

Man könnte die Ueberlegungen der bisherigen Kapitel wie folgt zusammenfassen: Die schizophrene Erkrankung ist eine besondere individuelle Ausdrucksweise menschlicher Existenz. Offensichtlich wirken bei der Schizophrenie eine Anzahl von genetisch-biologischen Faktoren mit, die die psychische Entwicklung von Anfang an beeinflussen. Im Sozialisationsprozess - zunächst im engen Familienkreis, später in der Umwelt - wird diese Entwicklung durch äussere, dynamische Gegebenheiten gelenkt, deren Zusammenspiel zur Bildung bestimmter sozialer Verhaltensweisen beiträgt. Dieses soziale Verhalten weist bei der prämorbidem psychosozialen-Persönlichkeit Merkmale auf, die möglicherweise mit dem späteren Verlauf und Ausgang der schizophrenen Erkrankung in Beziehung gebracht werden können. Der Krankheitsausbruch kann im Rahmen dieser persönlichen Entwicklungsgeschichte als prozesshafte Verwandlung oder als Reaktion auf besondere Ereignisse (z.B. im Sinne einer Bewältigungsstrategie) verstanden werden. Die Manifestationen des Krankheitsgeschehens lassen sich psychopathologisch, psychodynamisch, bzw. in Kriterien von Verhaltensdefiziten oder -überschüssen einordnen. Bei allen "Klassifizierungen", die sich wissenschaftlich systematisieren lassen, soll jedoch das persönliche Schicksal des Kranken begriffen werden. Für die Therapie sind sowohl Kenntnisse der Schizophrenielehre als auch eine persönliche menschliche Begegnung nötig.

Die Einsicht, wonach in der Psychotherapie Schizophrener ein persönlicher Um- und Zugang unerlässlich ist, führte seit JUNG (1907) zu vermehrter Anwendung psychologischer, psychopathologischer, psychodynamischer sowie soziodynamischer Erkenntnisse bei der individuellen Psychotherapie. Unter "individueller Psychotherapie" verstehen wir jede Form von "one-to-one-approach" (SCHULZ, 1975). Dies schliesst in der stationären Behandlung ein breites soziales Feld von Mitpatienten und Behandlungspersonal (=Team) mit ein. Zwar besteht in einigen psychiatrischen Kliniken die Möglichkeit einer Einzelpsychotherapie durch den

Arzt oder den Psychologen. Doch auch wenn eine solche Therapie-stunde - und dies nur im Idealfall - täglich stattfinden kann, müssen noch die "anderen 23 Stunden" (FOUDRAINE, 1973) für eine sinnvolle Behandlung verwendet werden können. Möglicherweise charakterisiert der von SCHULZ (1976) geprägte Ausdruck "psycho-treatment", der auf Deutsch etwa mit "psychische Behandlung" übersetzt werden kann, das Wesen der stationären Psychotherapie am besten. Hier müssen alle Aspekte der Behandlungsanordnung (=setting) berücksichtigt werden. Dazu gehören beispielsweise das Behandlungsklima, das ausgebildete oder zumindest gut angeleitete Team, die Verfügbarkeit verschiedener sich ergänzender Behandlungsmethoden, wenn möglich die Einteilung in kleine homogene Einheiten (=Gruppen) u.a.m.. All diese Aspekte zusammenge-nommen gehören schliesslich zum gegenwärtigen Lebensraum ("life space". LEWIN, 1936) des schizophrenen Menschen in der Klinik, also zu derjenigen Realität, in der seine individuelle Behandlung stattfindet. Man kann es auch so formulieren: Die indivi-duelle Psychotherapie des Schwerst-ich-gestörten, oft, sich in seine Wahnwelt zurückziehenden Schizophrenen, muss durch eine behutsame, schrittweise Begleitung in die bestehende reale Um-welt erfolgen. Gleichzeitig soll auch diese reale Umwelt von Anfang an dem an Schizophrenie Erkrankten zugänglich gemacht werden.

In der Milieuthherapie im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft sind unseres Erachtens einige Elemente vorhanden, die für eine sinnvolle "psychische Behandlung" Schizophrener eingesetzt werden können. Nachfolgend wollen wir auf die milieutheraeutische Behandlungsmöglichkeit Akutschizophrener aufmerksam machen und auf in diesem Zusammenhang noch offene Fragen hinweisen.

#### 6.2.0. Zur Wechselbeziehung zwischen dem Individuum und der sozialen Situation in einem Milieu: Einige theoretische Grundlagen.

Wie aus Kap. 2 hervorgeht, steht eine Person in einer dauernden Wechselbeziehung mit ihrer sozialen Situation. Das soziale Ver-halten ist ein Produkt dieser Wechselbeziehung, die auch durch biologische Faktoren bedingt ist. Das soziale Verhalten Schizo-

phrener unterliegt ähnlichen Gesetzmässigkeiten wie das soziale Verhalten Nichtschizophrener. Dabei ist die besondere Anfälligkeit Schizophrener auf soziale Anregung (=Stimulation) zu berücksichtigen. So neigen chronisch Schizophrene bei fehlender sozialer Anregung zum sozialen Rückzug. Wird von ihnen die soziale Anregung zu stark empfunden (z.B. bei Ueberstimulation), so kann dies entweder zur Verstärkung der Rückzugstendenzen oder aber zum Wiederaufflammen der floriden Symptomatik führen. Will man das Sozialverhalten Chronischschizophrener fördern und positiv beeinflussen, so ist dafür die Schaffung einer angemessenen Milieu- und Behandlungsatmosphäre, von WING und BROWN (1970) als eine Atmosphäre der "optimalen Stimulation" bezeichnet, nötig.

Gilt das Prinzip der optimalen Stimulation auch für die psychische Behandlung Akutschizophrener? Um dieser Frage nachgehen zu können, müssen wir zunächst einige Gesetzmässigkeiten, die das Sozialverhalten im Milieu mitbedingen, überprüfen. Aus der angewandten Forschung in Institutionen (=Spitäler, Kliniken und Pflegeheimen) lassen sich nach PAUL und LENTZ (1977) drei Gesetze formulieren, nach welchen sich das Sozialverhalten von Patienten abspielt. Es sind: 1. Das Gesetz der Erwartung (=low of expectancy), 2. Das Gesetz der Beteiligung (=low of involvement) sowie 3. Der Zusammenhalt der Gruppe (=group cohesiveness).

#### 6.2.1. Das Gesetz der Erwartung:

Die Häufigkeit, mit der ein Verhalten auftritt, steht in direktem Zusammenhang mit der vorausgegangenen "mitgeteilten Erwartung", dass es auftritt.

Die Kommunikationen in einem sozialen Gefüge bestehen wesentlich aus gegenseitigen Mitteilungen über das Verhalten, das von Einzelnen erwartet wird. Durch solche "Mitteilungen" wird das Individuum dahingehend informiert, ob es die Richtung, die Form bzw. die Intensität seines Verhaltens beibehalten oder ändern soll. Diese "Mitteilungen" erfolgen meistens verbal, ihre metakommunikative Grundlage (=Einstellung, Atmosphäre, Glaube etc.) ist indessen nicht zu unterschätzen. Nebst direkt ausgesprochenen

Erwartungen finden sich beispielsweise positive bzw. negative Rückmeldungen (feedbacks), die bereits auf der kognitiven Stufe die soziale Wahrnehmung - eine wichtige Voraussetzung für das soziale Verhalten - steuert. (s. dazu auch Kap. 4.4. oben). Für eine wirksame und kontinuierliche Verhaltensänderung müssen zunächst die (ausgesprochenen und nicht ausgesprochenen) Erwartungen der sozialen Umwelt konsistent bleiben. Zweitens unterstützen positive Rückmeldungen das Herbeiführen bzw. das Beibehalten erwünschter sozialer Verhaltensweisen wesentlich wirksamer als negative Rückmeldungen zum unerwünschten Sozialverhalten (Lerntheoretisch formuliert: Verhaltensmodifikation erzielt man besser durch konsistente Verstärkung erwünschter, als durch Bestrafung unerwünschter Verhaltensweisen). Drittens sollen Situationen geschaffen werden, die eine Gelegenheit zur Ausübung einer erwünschten Verhaltensweise bieten können. Mit der Schaffung solcher Situationen mit entsprechendem Aufforderungscharakter werden ebenfalls Erwartungen - zwar nicht verbal, aber doch atmosphärisch - artikuliert.

Nach dem Gesetz der Erwartung sind zwei Voraussetzungen für eine Verhaltensstabilität bzw. Verhaltensänderung im sozialen Bereich wichtig. Erstens müssen die Erwartungen vor dem Auftreten des gewünschten Verhaltens konsistent (=atmosphärisch) und klar (=verbal) bekundet werden, und es müssen nach seiner Ausführung positive Rückmeldungen erfolgen. Zweitens müssen günstige Bedingungen zur Ausführung des erwünschten Verhaltens geschaffen werden. Massnahmen zur Reduktion bzw. Vermeidung unerwünschter Verhaltensweisen (Formulierung diesbezüglicher Erwartungen, negative Rückmeldungen, Ausbleiben begünstigender Gelegenheiten) können dabei eine sekundäre unterstützende Rolle spielen.

## .2.2. Das Gesetz der Beteiligung:

Das Herbeiführen und Beibehalten neuerer Verhaltensweisen in einer sozialen Situation hängt weitgehend davon ab, in welchem Ausmass diese soziale Situation den einzelnen affordert, etwas "selber zu tun".

Hier geht es nicht nur um Situationen, in denen bestimmte soziale Verhaltensweisen durch Übung oder Nachahmung (=Modell-Lernen)

gelernt werden sollen, sondern um solche, die den Einzelnen auffordern, sich an einem Problemlösungsprozess zu beteiligen, Entscheidungen zu treffen, sowie sozial-partizipierend ein neues Sozialverhalten auszuüben.

Die Möglichkeit Entscheidungen zu treffen und an einem Problemlösungsprozess mitzuarbeiten ist durch Partizipationsfähigkeit wesentlich mitbedingt. Solche Verhaltensweisen sind umso wichtiger, da sie praktisch in allen Bereichen des Alltagslebens vorkommen. In jeder Situation, in der sich dem Einzelnen mehrere, manchmal sich widersprechende Handlungsmöglichkeiten anbieten, kann es, wenn Entscheidungsunfähigkeit vorliegt, zu einer "Krise" kommen. Daher ist eine Einübung im Problemlösen und im Treffen von Entscheidungen für die Bewältigung einer sozialen Herausforderung bzw. einer "sozialen Krise" von grösster Bedeutung. Da sich die meisten Entscheidungen sowie Problemlösungssituationen im Zusammenhang mit Erwartungen der Umwelt ergeben, erscheint es nun sinnvoll, die Teilnahme an sozialen Situationen zu lernen. Dies ist besonders für solche Menschen wichtig, die bisher als Folge missglückter eigener Entscheidungsprozesse und Problemlösungsversuche mit negativen Reaktionen ihrer sozialen Umwelt konfrontiert waren. Solche negative Erfahrungen führen nicht nur zu einer momentanen sozialen Unsicherheit, sie lassen viel mehr Zweifel aufkommen, ob man überhaupt zu selbstständigen Entscheidungen fähig sei. Zudem sind diese Zweifel nicht bloss auf Fehlentscheidungen zurückzuführen, sondern auf die gemachte Erfahrung, dass die Umwelt Fehlentscheidungen sanktioniert. Gerade das führt oftmals über wiederholte Entmutigungen zum sozialen Rückzug. Es ist daher offenkundig, wie wichtig für solche Menschen die Erfahrung eines (subjektiv) "befriedigenden, positiverlebten Partizipierens" sein kann. Hier kann die Erfahrung gemacht werden, dass Fehlentscheidungen zwar hinsichtlich des zu lösenden Problems nicht "richtig" sind, dass sie indessen einen notwendigen Schritt im Problemlösungsprozess darstellen, und keine negativen sozialen Folgen haben müssen. So können neue Lösungsversuche erprobt werden, wie auch die Erfahrung, dass jeder Problemlösungsprozess durch "Versuch und Irrtum" bedingt ist.

Es versteht sich von selbst, dass solche "korrigierende positive Erfahrungen" erst in einem sozialen Gefüge gemacht werden können, das die Bewältigung einer vorliegenden Herausforderung (die zugleich eine Form von "Erwartung" ist), begünstigt. Dies ist vorallem im Rahmen einer sich solidarisierenden Gruppe möglich.

#### 6.2.3. Der Zusammenhalt der Gruppe:

In einer sozialen Situation ist das Vorkommen oder die Unterlassung von Verhaltensweisen durch den Zusammenhalt der Gruppe bedingt.

Der soziale Druck ist eine wichtige Komponente in der Bildung von Verhaltensmotivationen Erwachsener. Durch ihn werden alle Sozialisationsprozesse weitgehend gesteuert (s. dazu auch CARTWRIGHT und ZANDER, 1960., sowie HOFSTAETTER, 1963.). Der soziale Druck kommt sowohl in Erwartungen, die im Kommunikationsprozess formuliert bzw. atmosphärisch spürbar werden, als auch durch soziale Gratifikationsmechanismen zum Ausdruck. Jede Gruppe unterstützt - oder verbietet - bestimmte Verhaltensweisen und kontrolliert deren Konsequenzen. Die Bestätigung durch die Gruppe stellt für das Individuum eine bedeutungsvolle Belohnung dar, der Ausschluss aus der Gruppe ist für den Einzelnen unter Umständen die schlimmste aller vorstellbaren Strafen.

Die allermeisten Menschen gehören irgendeiner Gruppe an. Die wichtigste Gruppe hinsichtlich ihres Zusammenhaltes sowie ihrer sozialen Kontrolle ist - nebst der Familie - diejenige von Freunden oder Kollegen. Besonders in kleineren Gruppen ist dies eine Folge des Zugehörigkeitsgefühls, der gemeinsam verbrachten Zeit, sowie der daraus resultierenden Gruppeninteraktionen. Der Zusammenhalt der Gruppe wird auch vom Gefühl der "Wir"-Gruppe in Abgrenzung zu einer "Die"-Gruppe getragen (HOFSTAETTER, 1957.). Alles in allem bestimmt die Gruppe weitgehend das Verhalten ihrer Mitglieder. Sie kann Verhaltensänderungen begünstigen, aber auch verhindern. Die Macht der Gruppe, die sich beispielsweise in verschiedenen Formen von Gruppensolidarität zeigt, kann natürlich auch in einer psychiatrischen Klinik unterschiedlich zum Ausdruck kommen. Sie kann die psychische Behandlung

positiv oder negativ beeinflussen. Bei der Bildung stationärer therapeutischer Gruppen ist es daher unerlässlich, auf die Gesetze der Erwartung sowie der Beteiligung zu achten.

#### 6.2.4. Hinweise auf mögliche praktische Anwendungsbereiche:

Die meisten konkreten Schritte, die in der therapeutischen Gemeinschaft das Milieu in therapeutisch wirksamer Art beeinflussen, vollziehen sich 1. durch in der Kommunikation zum Ausdruck gebrachten Erwartungen, 2. durch die Beteiligung aller Patienten und des Personals an Entscheidungen und Problemlösungsprozessen im Behandlungsbereich, sowie 3. durch den Gruppendruck. An und für sich lassen sich alle sozialen Institutionen mit Hilfe dieser drei Merkmale beschreiben, so auch alte Formen der stationären psychischen Behandlung. Dennoch unterscheidet sich die Milieuthherapie im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft, wie sie in Kap. 2 dargestellt wurde, von anderen Behandlungskonzepten in manchen Bereichen wesentlich. Um dies deutlicher zu veranschaulichen, sollen nun die von HEIM et. al. (1975, 1978., Vgl. Kap. 2.3.) beschriebenen Prinzipien der Milieuthherapie nach Aspekten der oben formulierten drei Grundgesetze besprochen werden.

##### 6.2.4.1. Förderung der offenen Kommunikation

"Offen" bedeutet in diesem Zusammenhang, dass jedes Mitglied einer Behandlungseinheit (=Abteilung, Station), also Patienten und Personal stets dazu angehalten werden - soweit es die Berücksichtigung der Schweigepflicht zulässt - den Kommunikationsprozess durch Informationsaustausch zu fördern. Dies erfordert, dass alle vorhandenen Informationen allen klar mitgeteilt werden und dabei die persönliche Zuwendung und das persönliche Engagement offenkundig wird. "Information" soll hier nicht bloss als "Auskunft" verstanden werden. Vielmehr geht es hier um die Vielfalt von Ereignissen, die die menschliche Kommunikation charakterisieren. Von der Aufklärung über den Wirkungsbereich von Medikamenten und die Debatte über den Sinn der Abteilungsvorschriften bis zum persönlichen intimen Gespräch, kann die Information den gesamten Beziehungsbereich umfassen. Atmosphärisch lassen sich hier Erwartungen spüren, die dann in

einem langsamen Austauschprozess von Gefühlen und Erlebnissen allmählich auch verbal formuliert werden können. Die Gruppenaktivität kann insofern der offenen Kommunikation dienen, als durch sie sowohl die empathische wie auch die handelnde Partizipation gefördert werden können, welche dann rückwirkend dem Zusammenhalt zugute kommen.

#### 6.2.4.2. Soziales Lernen

Die kontinuierliche Reflexion über das eigene Verhalten sowie über das Geschehen im Milieu ist in bezug auf die Erwartungen, die im Milieu bestehen, in zweierlei Hinsicht wichtig. Erstens fördert diese Reflexion die Auseinandersetzung mit eigenen und fremden Gefühlen in der Weise, dass man lernt, sie im sozialen Übungsfeld wahrzunehmen und auch mit ihnen umzugehen. Zweitens trägt die Aktivierung der Patienten, welche sich innerhalb der alltäglichen zwischenmenschlichen Beziehungen im Milieu abspielt, dazu bei, eben diesem Milieu einen bestimmten Aufforderungscharakter zu geben, der sich konkret im sozialen Lernen niederschlägt. Eine 26 jährige Patientin, die zum 2. mal wegen einer schizophrenen Episode hospitalisiert ist, formuliert es wie folgt:

"... Im Aufenthaltsraum sass eine Frau. Sie sagte mir, dass sie warten will, bis der Doktor kommt und ihr sagt, was sie tun soll. Dazu sagte ich, dass man bei uns auch den Pfleger fragen kann, wenn man es möchte. Später habe ich sie angesprochen und bat sie mir zu helfen, in ein anderes Zimmer zu ziehen. Sie war noch recht erstaunt, dass man so etwas hier allein tut, ohne Hilfe des Personals. .... Nach einer Stunde erzählte sie mir, dass sie grosse Angst hat, vorallem vor der Gruppe und dann noch, weil sie mit sich in der Ergotherapie nichts anfangen kann. Erst dann fiel mir ein, wie gut ich sie verstehe, denn mir ging es genau so, als ich zum ersten Mal hierher kam".

(Aus Gespräch mit S. , 26 j.-  
in Einzeltherapie)

In diesem Gespräch gelingt es S. sowohl über ihre eigene als auch über die Situation einer Mitpatientin zu reflektieren. Da

S. bereits zum 2. mal hospitalisiert ist, hat sie nun eine klare Vorstellung über das, was von ihr erwartet wird (=Selbstständigkeit, soweit möglich), dies im Gegensatz zur neueintretenden Patientin (= warten, bis der Arzt kommt und sagt, was man tun soll; aus Angst passiv bleiben). Indem S. die neue Patientin um Hilfe bittet, lässt sie sie an ihrer eigenen "Sache" teilnehmen, bekundet aber gleichzeitig, dass sie an ihrer Hilflosigkeit partizipiert und bietet ihr darüberhinaus eine Entscheidungshilfe an (Du kannst mit dem Pfleger sprechen. Du kannst mir helfen etc.). Wie sehr sich der Gruppendruck besonders für neueintretende Patienten, aber auch für solche, denen jede Art von Gruppenaktivität fremd ist, negativ auswirken kann, wird aus unserem Beispiel ebenfalls sehr deutlich. Nun gerade hier könnten "Partizipieren" und "Soziales Lernen" hilfreich sein. Im Spüren der eigenen Ängste kann der Beginn der Wahrnehmung eigener Erwartungen liegen (z.B.: Ich mache es schlecht in der Gruppe, aber ich muss in die Gruppe gehen. Ich will nicht, dass mich die Gruppe zu etwas zwingt.). S. kann hier einer neuen Patientin eine Hilfe anbieten. Vordergründig ist sie diejenige, die der "neuen" hilft, dabei arbeitet sie an einer Problemlösung (der neuen Patientin) mit und macht unter Umständen selber gute Erfahrung im Umgang mit anderen Menschen, Erfahrungen, die dann zusammen mit anderen positiven Rückmeldungen (vom Team: "Das hast du gut gemacht, dass du ihr geholfen hast") zu einem positiven Erleben der eigenen Fähigkeiten ("Ich kann es jetzt") führen. Darüberhinaus ist das hier berichtete Kurzgespräch ein gutes Beispiel für die schrittweise Entstehung eines Gruppenanschlusses (=Zusammenhalt). Tatsächlich stellte S. am nächsten Tag die neue Patientin der Gruppe vor, worauf sie in der Einzeltherapie sagte:

"... Ich war darüber noch froh. Aber noch mehr freute ich mich darüber, dass ich so etwas tun konnte, ohne selber Angst zu haben. Früher wäre das für mich völlig unmöglich gewesen".

#### 6.2.4.3. Förderung von Gruppenaktivitäten

Was die Gruppenaktivität in der Milieuthérapie im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft besonders charakterisiert, ist

das Bestreben, in der Gruppe den geeigneten Ort für das Verständnis des eigenen und des fremden Verhaltens, sowie für die Uebung neuerer Verhaltensweisen zu sehen. Wichtig ist, dass dies nicht nur für die Patienten gemeint, sondern ebenfalls für das Personal gültig ist. Dies fällt besonders bei den therapeutischen Gruppen sowie in der Abteilungsversammlung auf (vgl. Kap. 2.2.2.3.).

Das Zusammenleben auf der Abteilung, wo sich auch das Personal während der Arbeitszeit aufhält und das daraus resultierende Interaktionsnetz bewirkt in der Tat einen starken Gruppenzusammenhalt. In der Gruppe werden sowohl die gegenseitigen Erwartungen ausgesprochen als auch das Verhalten anderer bewertet, (positive bzw. negative Rückmeldungen). Wie sehr sich die Gruppe als ein geeignetes Feld des sozialen Lernens anbietet, wurde bereits in Kap. 2 und Kap. 3 ausführlich beschrieben. Bedeutsam erscheint in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass die Gruppe solche Regulationsmechanismen zur Verfügung hat, unter deren Einfluss auch das Pflegepersonal sein Verhalten reflektieren und modifizieren kann. Das folgende Beispiel soll dies verdeutlichen.

An der Abteilungsversammlung einer Akutaufnahmestation mit 36 männlichen und weiblichen Patienten, die in zwei selbstständigen Gruppen leben (mit je einem Arzt und ca. 5 Schwestern bzw. Pflegern), werden anlässlich eines konkreten Vorfalls die diversen Zuständigkeitsbereiche des Personals diskutiert. Eine Schwester der A-Gruppe versuchte an einem Vormittag die Patienten für die Teilnahme an der Bewegungstherapie zu motivieren. Im gleichen Raum befand sich auch P., eine zurückgezogene Patientin aus der Gruppe B, der die Schwester keine Beachtung schenkte. Während der Abteilungsversammlung wurde nochmals auf die Bewegungstherapie hingewiesen und ein Pfleger bat alle Patienten daran teilzunehmen, ohne dass man sie wiederholt dazu auffordern musste. Er sagte, wörtlich: "Ich bitte Euch daran zu denken, dass die heutige Bewegungstherapie für Euch alle bestimmt ist. Leider hat Schwester Chr. (es handelt sich um die besagte Schwester) heute frei und sie kann Euch nicht nachlaufen. Bitte kommt alle. Wir treffen uns um 9.30 Uhr in der Halle". Diese Mitteilung wurde zunächst ohne besondere Reaktion zur Kenntnis

genommen. Plötzlich sagte P.: "Schwester Chr. hat mir aber nicht gesagt, dass auch ich zur Bewegungstherapie kommen soll". Da Schwester Chr. abwesend war und das Ereignis einige Tage zurücklag, wurde zunächst die Bemerkung von P. ignoriert. Plötzlich erinnerte sich eine Patientin an den Vorfall und sie warf dem Personal vor, P. schlecht zu behandeln. Wörtlich sagte sie: "Gerade sie, die soviel Hilfe braucht, wird von Euch links liegengelassen". In der darauf folgenden Diskussion versuchte ein Pfleger das Verhalten der Schwester Chr. mit der formellen Begründung zu rechtfertigen, Schwester Chr. sei für Gruppe B, der P. angehört, nicht zuständig. Diese Begründung wurde von den meisten Patienten sowie einem Teil des anwesenden Personals nicht angenommen. In der Diskussion bildeten sich nun 2 Gruppen, wobei je eine Anzahl Patienten und Personal die Haltung von Schwester Chr. unterstützten bzw. verwarfen. An diesem Punkt angelangt, stellte der Präsident der Abteilungsversammlung (ein von der Versammlung gewählter Patient) fest, dass die für die Abteilungsversammlung vorgesehene Zeit abgelaufen sei, weshalb man die Diskussion abbrechen müsste. Nicht alle Patienten waren damit einverstanden, worauf ein Pfleger die Verlängerung der Abteilungsversammlung vorschlug, bis entweder eine Lösung oder zumindest eine gewisse Uebereinstimmung der Meinungen erzielt werden könnte. Diesem Vorschlag stimmten die meisten Anwesenden zu. Nach 10 Minuten konnte nun die Debatte mit folgendem Beschluss beendet werden: Die Zuständigkeitsbereiche sollen im Umgang mit "schwächeren Patienten" flexibler gehandhabt werden, damit sie nicht "zu kurz" kommen. Als Schwester Chr. am gleichen Nachmittag zur Arbeit kam, wurde sie von einem Kollegen über die Abteilungsversammlung informiert. Zunächst reagierte sie gekränkt, weil man eine sie betreffende Frage in ihrer Abwesenheit diskutierte, ohne dass sie dazu Stellung beziehen konnte. Allerdings konnte sie später - im Laufe einer Teambesprechung - einsehen, dass es ja nicht um sie persönlich ging, sondern allgemein um die Verantwortung des Personals gegenüber den Patienten einerseits sowie um die Solidaritätsfrage auf der Abteilung andererseits, eine Solidarität, die es zu fördern gilt.

Dieses Beispiel demonstriert Elemente von Erwartungen (von den Patienten: "Das Personal muss alle Patienten beachten". Vom Team: "Patienten sollen Zuständigkeitsbereiche beachten und das Personal nicht überfordern"), der Partizipation sowie des Gruppenzusammenhaltes. Besondere Bedeutung ist dem Umstand beizumessen, dass es während der Abteilungsversammlung zu keiner "Frontenbildung: Patienten gegen Personal" gekommen ist. In der Frage der zeitlichen Verlängerung der Abteilungsversammlung solidarisierten sich Patienten und Personal miteinander. Damit wird der Zusammenhalt einer Grossgruppe dokumentiert, die bestrebt ist, gemeinsam eine Lösung zu suchen, selbst dann, wenn die einzelnen Meinungen, wie nun eine solche Lösung aussehen soll, auseinandergehen. Das bedeutet immerhin: "Wir können zusammengehören, auch wenn unsere Meinungen nicht übereinstimmen", was die wichtigste Voraussetzung für jede Form von sozialem Lernen ist!

#### 2.4.4. Abbau hierarchischer Strukturen:

Mitentscheidung und Mitverantwortung verstärken den Zusammenhalt der Gruppe und fördern Partizipations- und Problemlösungsprozesse. Die Unterstützung der Selbstständigkeit in Denken und Handeln bei den Patienten und dem Personal begünstigt das Treffen eigener Entscheidungen. Dabei ist allerdings darauf zu achten, dass der Einzelne durch allzu grosse Erwartungen an seine Selbstständigkeit leicht überfordert werden kann. Dazu ein Beispiel:

Eine Patientin lebt seit mehreren Jahren auf einer geschlossenen Akutaufnahmeabteilung, nachdem sie vor ca. 26 Jahren an Schizophrenie erkrankte. Das Team mag die Patientin G. sehr und möchte sie, soweit möglich fördern, sodass wenigstens eine Verlegung auf eine offene Abteilung möglich würde. Nach einem vielversprechenden Anlauf, in dem G. gute Fortschritte macht, wird sie, sobald der Verlegungstermin naht, zunächst unruhig und schliesslich erneut paranoid-psychotisch und aggressiv. Nach wiederholten Versuchen wird das "Experiment" als gescheitert angesehen und der Verlegungsgedanke aufgegeben. Nach zwei Jahren, in deren Verlauf zumindest nach aussen keine spürbare Veränderung in G's. Zustand sichtbar wird, ersucht sie plötzlich um eine Verlegung auf eine Rehabilitationsabteilung. Das erstaunte Pflegepersonal reagiert zunächst zurückhaltend, der neue Abteilungsarzt tritt für die

Verlegung ein, während der zuständige Oberarzt sich aufgrund der früheren Erfahrungen dagegen ausspricht. Nach mehreren therapeutischen Gruppen sowie zwei turbulenten Teambesprechungen schliesst sich nun das Team der Meinung des Abteilungsarztes an. Der Chefarzt, der sich zunächst der Meinung des Oberarztes anschliesst, wird nun zu einer Teamsitzung eingeladen, worauf sich alle in einem Punkt einigen können: Wenn G. auf eine offene Abteilung verlegt werden will, soll sie zuerst ein "Rehabilitationsprogramm" auf der geschlossenen Abteilung, dem sie sich bisher widersetzt hatte, zustimmen. Vom Erfolg dieses Programmes wird die Verlegung abhängig gemacht. Nach einigem Hin und Her stimmt G. diesem Versuch zu, der auch mit grossem Erfolg durchgeführt wird. Nach einem 21-jährigen Aufenthalt auf einer geschlossenen Akutabteilung kann sie nun auf eine offene Station verlegt werden, von wo aus sie eine Stelle ausserhalb der Klinik annimmt. Nach weiteren 2 Jahren kann sie aus der Klinik in eine Wohngemeinschaft entlassen werden. Heute, 5 Jahre nach der Entlassung lebt sie in einer von einem sozialpsychiatrischen Dienst betreuten Wohngemeinschaft und geht regelmässig einer Arbeit nach.

Dieses (glückliche) Beispiel zeigt deutlich, wie der Abbau hierarchischer Strukturen Entscheidungsprozesse nicht nur begünstigt, sondern sie auch "kreativ" gestalten lässt. Zuerst plädieren nur G. sowie der neue (noch unerfahrene? enthusiastische?) Abteilungsarzt für die Verlegung, während das (enttäuschte?) Team und der (erfahrene?) Oberarzt dagegen sind. Im Laufe der Diskussion wird jedoch dem Team klar, dass seine bisherigen Erwartungen durch die wiederholten Rückfälle von G. enttäuscht wurden und dass seine jetzige Haltung für die Patientin so etwas wie eine "negative Rückmeldung" bedeuten könnte. Das Team ist nach dieser Einsicht bereit, seine Meinung zu revidieren, wenn G. eine Bereitschaft zeigt, sich für ihre Verlegung durch eine Mitarbeit an einem "Rehabilitationsprogramm" konkret einzusetzen. Dieser "kreativen Lösung" ("kreativ", weil durch diese "Krisensituation" neue Lösungen gesucht werden müssen, die einen Ausweg aus einer Sackgasse ermöglichen sollen) stimmt der Chefarzt vorwiegend deshalb zu, weil ihm die selbstständige Entscheidung der Patientin impo-

niert und er seine Autorität zugunsten einer Konsensentscheidung im Team zurückstellt.

#### 2.4.5. Schlussfolgerungen:

Konzepte der Milieuthherapie im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft entsprechen also durch ihre Beschaffenheit den drei Grundgesetzen, nach denen die Wechselbeziehungen zwischen einem Individuum und einer sozialen Situation erfolgen. Dies und noch mehr. In einer Milieuthherapie werden diese Wechselbeziehungen weitgehend aktiviert und in ihrer Entwicklung unterstützt. Im Gegensatz zur custodialen Spitalstruktur wird der alltägliche Druck, der von sozialen Situationen ausserhalb der Klinik ausgeht, weder ganz übernommen ("wer psychisch krank ist, muss in eine Klinik") noch den Patienten ganz vorenthalten ("wer psychisch krank ist, muss vor der Realität bewahrt werden"). Der Versuch wird unternommen, in die psychische Behandlung allmählich realitätsnahe Situationen einzubauen. Somit wird dem Patienten ermöglicht, sich mit den Erwartungen seiner Umwelt auseinanderzusetzen, neue Entscheidungen, Problemlösungen und Verhaltensweisen aktiv zu üben, dies in einer Solidaritätsatmosphäre die sein Selbstvertrauen durch positive Partizipation festigt.

### .3.0. Einige Aspekte milieutheraapeutischer Behandlung Akutschizophrener:

Es ist wiederholt auf die Bedeutung milieutheraapeutischer Behandlung von Chronischschizophrenen hingewiesen worden (WING und BROWN, 1970; HEIM und SCHMID, 1972; WING, 1976; CIOMPI et al., 1977; HAASE, 1977; PAUL und LENTZ, 1977). Chronischschizophrene, d.h. Patienten, die an "Schizophrenie (die) ohne symptomfreies Intervall 2 Jahre lang dauert" leiden (WOGGON und ANGST, 1976., S. 192.) weisen eine sogenannte Minussymptomatik auf. Diese besteht in der "Minderung der Initiative, der emotionalen Schwingungsfähigkeit, der Kontaktbereitschaft". Sie wird auch "benannt als psychisches Defekt, energetischer Potenzverlust, dynamische Insuffizienz u.a.. Sofern eine Minussymptomatik nicht vorgetäuscht wird und sich hinter einer Zurückgezogenheit (Autismus) affektive Spannungen verbergen, wird eine Minussymptomatik durch die das Energiepotential verringenden Neuroleptika verstärkt" (HAASE, 1977, S. 197). Nach HAASE gilt deshalb folgende Faustregel: "Beim jetzigen Stand der Therapie werden Psychopharmaka immer bedeutungsloser, je mehr wir mit einer schizophrenen Minussymptomatik zu tun haben. Sozialtherapeutische und psychotherapeutische Massnahmen stehen dann im Vordergrund" (HAASE, dort).

Im Gegensatz zu den Chronischschizophrenen weisen die Akutschizophrenen eine sog. Plussymptomatik auf. Es sind "bei hellem Bewusstsein hochgradig psychisch bedingte affektive Erregung oder Spannung, psychotische Erlebnisproduktionen wie besonders die diagnostisch nach K. SCHNEIDER wichtigen Symptome: Gedankenlautwerden, Hören von Stimmen, die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten, Gedankenentzug und andere Beeinflussungen, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung und alles von anderen Gemachte und Beeinflusste auf dem Gebiet des Fühlens, Strebens (der Triebe) und des Willens" (HAASE, dort). Ist es nun einigermaßen einsichtig, dass bei chronischschizophrenen Patienten milieutheraapeutische Massnahmen sinnvoll wären, die bei angemessener optimaler Stimulation im psychosozialen Bereich der Rückzugtendenz des Kranken entgegengewirkt werden kann, so ist doch die Anwendung der Milieuthherapie bei Akutschizophrenen schwerer vorstellbar. Was hier ins Gewicht fällt, ist vorallem die Tatsache, dass gerade die produktive Plussymptomatik das soziale Verhalten derart beeinträchtigt, dass der Zugang zu solchen Patienten versperrt zu sein

scheint, was die Anwendung der Milieuthherapie sehr erschweren dürfte. Zweifellos wird das Milieu einer Akutabteilung auch anders gestaltet werden müssen als dasjenige einer Langzeitabteilung. Indessen sind Akutschizophrene im Gegensatz zu den chronischen auch unter sich sowohl in ihrer psychopathologischen Symptomatik als auch in ihrem Sozialverhalten derart verschieden, dass man unter Umständen für Akutpatienten je nach ihrer Symptomatik bzw. ihrem Sozialverhalten verschiedene "Milieus" anordnen müsste. Hier bleiben vorallem angesichts der sich im Laufe der Hospitalisation oft verändernden Symptomatik noch einige Fragen offen. Möglicherweise können Kriterien des Sozialverhaltens Akutschizophrener, die noch präziser ausgearbeitet werden müssten, für die Schaffung solcher "Milieus" nützlich sein. Nachfolgend werden milieutherapeutische Erfahrungen mit Akutschizophrenen zusammengefasst und einige theoretische Ueberlegungen zum Sozialverhalten Akutschizophrener im Milieu angestellt.

### 3.1. Eintrittsgespräch - Aufnahme:

Man muss sich vergegenwärtigen, was der akute, heimtückische Ausbruch der Schizophrenie für den Menschen bedeutet, der von ihm völlig unerwartet betroffen wird. Zunächst handelt es sich beim Auftreten psychotischer Erlebnisse "zentral ... um den Einbruch der Aussenwelt in das Ich" (HAASE, 1977., S. 197). Es ist daher verständlich, dass sich die Ohnmachtsthematik in paranoiden, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, Erlebnissen des "Gemachtwerdens", bei Sinnestäuschungen (=Halluzinationen) in Vom-Aussendurch-Stimmen-angesprochen-Werden niederschlägt, oder durch Omnipotenzgedanken und -phantasien kompensiert wird. Da der Krankheitsausbruch eine Hospitalisation zur Folge hat, kommt es auch zu unmittelbaren Veränderungen in der sozialen Umwelt des Kranken. Es ist daher wichtig, all dem bereits während des Eintrittsgesprächs, zu Beginn der stationären Behandlung, Rechnung zu tragen. Nebst der psychopathologischen Untersuchung soll auch versucht werden, diejenigen persönlichen und umweltsbedingten "Stressfaktoren" zu erfassen, die unter Umständen als "Auslöser" in Frage kommen könnten. Es wäre im Abteilungsmilieu möglich, dem Neueintretenden Gelegenheit zu korrektiver Erfahrung im Umgang mit

ähnlichen Stressfaktoren anzubieten. Hier können mit Hilfe von sog. "Ersatzfamilien" bzw. "Ersatzumwelt" unter Einbeziehung geeigneter psychotherapeutischer Methoden (Gruppengespräche, Rollenspiel, Verhaltensmodifikation) neue, sozialadäquatere Bewältigungsstrategien mit positiveren Erfahrungsmöglichkeiten erprobt und gelernt werden.

Da die Patienten auf der Abteilung jeden Tag sehr viel Zeit mit dem Pflegepersonal verbringen, soll bei jedem Aufnahmegespräch zumindest eine Schwester oder ein Pfleger zusammen mit dem Arzt anwesend sein. Anamnestisch und therapeutisch relevante Informationen können somit auch dem Pflegepersonal vermittelt und in der Milieubehandlung berücksichtigt werden. Umgekehrt kann das Team Lücken im Aufnahmegespräch durch Beobachtungen auf der Abteilung oder durch persönliche Gespräche mit dem Neueintretenden ergänzen. Erfahrungsgemäss fassen die neuen Patienten zunächst mehr Vertrauen zum Pflegepersonal als zum behandelnden Arzt oder Psychologen. Der erste Kontakt mit dem Pflegepersonal, der bereits im Aufnahmegespräch entsteht, kann demnach für den Beginn einer für die ganze stationäre Behandlungsdauer bedeutsamen Beziehung sein.

### 3.2. Medikamente:

Die Entwicklung der Pharmakotherapie hat die psychiatrische Behandlung wesentlich verändert. Die Psychopharmaka (Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizer u.a.m.) haben eine symptomvermindernde Wirkung. Dadurch wird der persönliche Kontakt und der soziale Umgang mit dem Patienten eher möglich. Die Chancen der psychiatrischen Behandlung eines Patienten, der weder dauernd erregt oder psychotisch ist, noch sich ständig zurückzieht, sind schon deshalb günstig, weil man (bei angemessener Dosierung) mit ihm einen verbalen Kontakt aufnehmen kann, wodurch bessere Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten gegeben sind.

Mit der Verfügbarkeit von Medikamenten sind gewisse Gefahren für die psychiatrische Behandlung verbunden. Medikamente können als Kontrollmittel missbraucht werden. Unruhige Patienten können derart sediert werden, dass ihre Therapiezugänglichkeit gefährdet wird. Zudem ist die Medikamentenabgabeprozedur im Krankenhaus recht hierarchisch: Der Arzt verordnet, das Pflegepersonal verteilt,

und die Patienten "konsumieren". In der Milieuthherapie haben die Medikamente einen klar umschriebenen Zweck, nämlich den Patienten im Sinne der besseren Milieu- und Therapiezugänglichkeit zu beeinflussen. Die daraus resultierenden Konsequenzen für die Abgabe von Medikamenten sind vielfältig. Erstens muss das Personal, das mit den Patienten auf der Abteilung weilt, mit der Wirkung der Psychopharmaka so gut vertraut sein, dass es unter Umständen dem Arzt auch beratend zur Seite stehen kann. Zweitens muss das Personal in der Verhaltensbeobachtung geschult sein, damit es auftretende unerwünschte Nebenwirkungen, aber auch plötzlich auftretende Verhaltensveränderungen sofort wahrnehmen und allenfalls eine Revision der Medikamentenpraxis vorschlagen kann. Drittens- und das ist in der Milieuthherapie sehr wichtig - haben gewisse Symptome (z.B.: plötzlich auftauchende Halluzinationen, paranoide Ideen usw.) nicht selten eine interaktionelle Bedeutung. Sie können sozusagen eine Reaktion auf durch andere kaum wahrgenommene Milieuveränderungen auf der Abteilung sein. In diesem Fall wird durch eine allfällige Erhöhung der Medikamentendosis die "Mitteilung" der Patienten ignoriert und auf sein durch die Symptome bekundetes "Anliegen" nicht eingegangen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass eine plötzlich aufflammende Symptomatik, die im Milieu als "Mitteilung" verstanden und diskutiert wird, oft unausgesprochene bzw. verleugnete Konflikte und Spannungen aufdeckt. Wenn man solche Konflikte offen behandelt und eine angemessene Konsenslösung anstrebt, schwächt sich nicht selten die produktive Symptomatik auch ohne Medikamenteneinnahme ab. Die Erkennung von Symptomen in ihrer interaktionellen Bedeutung ist somit ein wichtiges milieutherapeutisches Anliegen.

Schliesslich noch eine Bemerkung zur Praxis der Medikamentenverordnung: Auch sie soll nach Möglichkeit aus interaktioneller Sicht beurteilt und offen diskutiert werden. Die gewaltsame Medikamentenapplikation sowie die Elektroschockbehandlung wird oftmals vom Personal in der therapeutischen Gemeinschaft abgelehnt. Um der Gefahr einer Teamspaltung in "Befürworter" und "Ablehner" (die ja nicht zufällig dem "splittings-mechanismus" des Psychotikers gleicht!) vorzubeugen, soll in der Teambesprechung eine Konsenslösung angestrebt werden. Solche Teambesprechungen und

tägliche Rapporte sind auch der Ort, wo Informationen über die Wirkung von Psychopharmaka ausgetauscht werden können. Dadurch wird gewissermassen auch eine Form der "Weiterbildung im Milieu", hier in bezug auf Psychopharmakawirkung, gefördert.

### 3.3. Aspekte der psychischen Behandlung und der "Psychotherapie".

Die Psychotherapie mit akutschizophrenen Patienten auf einer geschlossenen Akutstation hängt vorallem von zwei Faktoren ab. Von der zu erwartenden Hospitalisationsdauer sowie von den Therapiezielen. Aeussere Bedingungen - z.B.: Ob der Patient nach einer möglichst kurzen Zeit auf eine andere Abteilung verlegt werden soll - haben oft einen entscheidenden Einfluss auf das Therapiekonzept der Aufnahmeabteilung. Wird nur eine Krisenintervention vorgesehen, so bestehen die Therapieziele in der positiven Beeinflussung der produktiven Symptomatik, der Wiederherstellung der minimalen sozialen Kontaktfähigkeit sowie der Vorbereitung einer Weiterbehandlung. Das Personal wird eine mehr oder weniger aktive Haltung gegenüber dem Patienten praktizieren. Die Behandlung mit Psychopharmaka wird die Reduktion der Akutsymptomatik in wenigen Tagen anstreben. Auch in einer solchen "Kurzbehandlung" ist die Heranziehung von Mitpatienten zur Unterstützung des Akutkranken denkbar. Durch Anwendung von Verhaltensmodifikationstechniken kann eine Stabilisierung des Sozialverhaltens erreicht werden. In kleinen Gruppen kann eine familiendähnliche Atmosphäre geschaffen werden, die die Einübung adäquater sozialer Verhaltensweisen begünstigt. Das Personal wird hier in erster Linie eine strukturierende Rolle übernehmen, die sich sowohl stützend als auch entlastend für den Patienten auswirkt. Hier zielt die Milieuaktivität auf eine rasche Entlassung bzw. Verlegung hin. Stabile Beziehungen sowie individuelle Psychotherapie werden hier nicht besonders angestrebt.

Soll der Patient hingegen länger auf dieser Abteilung bleiben (ca. 1-3 Monate) so kommt sowohl der Milieuaktivität als auch der individuellen Psychotherapie eine besondere Bedeutung zu. ALMOND (1980) unterstreicht die besonderen Charakteristika der Einzelbehandlung in der Milieuthherapie. Zunächst ist zu beachten,

dass sich die Einzeltherapie und das Milieuprogramm ergänzen und sich zu unterstützen haben. Grundsätzlich sind verschiedene Methoden der Einzeltherapie zulässig - die Milieuthherapie ist keiner bestimmten psychotherapeutischen Schule verpflichtet. Der Einzeltherapeut soll indessen die von ihm angewandte Methode gut beherrschen und über Erfahrungen im Umgang mit Akutschizophrenen verfügen, eine Forderung der in psychiatrischen Kliniken leider nur selten Genüge geleistet werden kann, da die Patienten oft von jungen, noch unerfahrenen Assistenzärzten betreut werden. Dennoch kann der Therapeut im Einzelgespräch auf tägliche Erfahrungen der Patienten zurückgreifen und durch ihre Besprechung (bzw. "Bearbeitung") auf intrapsychische Prozesse, die durch das Milieu in Bewegung geraten, hinweisen. ALMOND (1980) und SCHULZ (1980) unterscheiden grundsätzlich zwischen dem Einzelgespräch während der stationären Behandlung und der ambulanten Einzeltherapie. Im ersten sollte die "Aussenwelt" (= das Abteilungsmilieu) aktiv miteinbezogen werden. Zwar muss auch hier die Vertraulichkeit gewahrt bleiben. Indessen untersteht sie der Grundbedingung, dass Patient und Therapeut Mitglieder einer Gemeinschaft sind, deren Ziel in der milieuorientierten psychischen Behandlung des Patienten liegt. So kann der Einzeltherapeut den Patienten ermutigen, am Milieugeschehen aktiv teilzunehmen und allenfalls die in der Einzeltherapie besprochene Thematik auch in Gruppengesprächen zu erörtern. Unter Umständen ist es sogar wichtig, den Patienten anzuleiten, wie er solche Fragen in die Gruppe hineinträgt. Auf der anderen Seite ist es sinnvoll, Fragen, die betreffs des Patienten in therapeutischen Gruppen oder in Personalbesprechungen aufgeworfen wurde, wieder in Einzelgesprächen aufzugreifen.

Oftmals übernimmt in der Milieuthherapie ein Pfleger oder eine Schwester die Rolle einer "Bezugsperson" für den Patienten. Die Bezugsperson soll dem Patienten sowohl im Umgang mit administrativen Abteilungsbelangen als auch bei den ersten Versuchen der Wiederaufnahme sozialer Kontakte zur Seite stehen. Nebst der sich dann bildenden Möglichkeit einer stützenden Beziehung kommt es oft vor, dass sich diese zu einer besonderen Form von Einzelbetreuung entwickelt. In der Verhaltensmodifikation mit akutschizo-

phrenen Patienten ist es auch üblich, Bezugspersonen die Auflage von "Verhaltenstrainern" zu überlassen. Nicht selten entwickelt sich daraus eine für den Patienten bedeutsame gegenseitige Vertrauensbeziehung. Es wäre verfehlt, in ihr bloss eine "Nebenübertragung" zu sehen, die die Einzelbehandlung durch den Arzt stört. JØRSTAD (Persönliche Mitteilung) unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen einem "Milieuthérapeuten" (Bezugsperson auf der Abteilung) und einem "Zimmertherapeuten" (Arzt, Psychologe oder Sozialarbeiter, welche die Einzelgespräche in ihrem Zimmer führen). Darin kommen die sich ergänzenden Aufgabenbereiche beider Therapeuten zum Ausdruck, wie sie oben bereits beschrieben wurden. Dem Milieuthérapeuten bieten sich zudem bessere Gelegenheiten, Kontakte mit der sozialen Umwelt des Patienten ausserhalb der Klinik anzuknüpfen. Er (oder sie) kennt die Familie, die Arbeitskollegen sowie die Nachbarn, die den Kranken auf der Abteilung besuchen, und kann daher mit ihnen ungezwungener und informeller umgehen als der "Zimmertherapeut". Es ist jedenfalls eminent wichtig, dass beide Therapeuten zusammenarbeiten und im Sinne des gemeinsamen Milieuanliegens die psychische Behandlung fortführen. Auch hier besteht die bereits oben erwähnte Gefahr der Spaltung in einen "guten" bzw. "bösen" Therapeuten, der nur durch eine Zusammenarbeit aller in der Milieuthérapie Beteiligten entgegengewirkt werden kann.

Selbstverständlich gehören auch andere Elemente zur Psychotherapie im Milieu. Auf die therapeutischen Gruppen wurde oben (Kap. 2. sowie Kap. 6.2.) bereits mehrmals hingewiesen. Was die Ergotherapie angeht, die in der Milieuthérapie auf jeder Abteilung voll integriert sein sollte, kann hier nur auf einige Aspekte hingewiesen werden. Die vorsichtig zu planende und stufenweise auszuführende Beschäftigung mit "Materialien", zunächst individuell, später in kleinen Gruppen ist besonders für den schwerstkontaktgestörten Akutkranken wichtig, für den auch die Strukturierung des Tagesablaufes von grösster Bedeutung ist (PFAEFFELIN, 1977.). Daher soll in der therapeutischen Gemeinschaft auch das Personal, das dafür bereits während der Lehrzeit angeleitet wurde (EPRECHT, 1977), an der Planung und der Durchführung der Ergotherapie auf der Abteilung teilnehmen.

Schliesslich soll hier auch auf die Leiborientierenden - sowie Bewegungstherapien (SCHARFETTER und BENEDETTI, 1978., SCHOOP, 1974.) hingewiesen werden. Sie nehmen im Rahmen der psychischen Behandlung schwerst Ich-gestörter Akutschizophrener einen bedeutsamen Platz ein und ergänzen das milieutherapeutische Angebot um den bis anhin in psychiatrischen Kliniken leider allzuoft vernachlässigten Leib-Seele Aspekt der Therapie. Gerade hier kann das Pflegepersonal mit sehr einfachen Mitteln einen wichtigen therapeutischen Beitrag in der Behandlung Akutschizophrener leisten (SCHARFETTER, 1979).

#### 4.0. Die Beziehungen zwischen Verhaltensmerkmalen Akutschizophrener und dem Behandlungsmilieu: Theoretische Ueberlegungen und Ausblick.

Die klinische Beobachtung zeigt, dass sich auch Akutschizophrene in ihrem Milieuverhalten voneinander unterscheiden. LILIENFELD, STAUFFACHER und WIRZ (1976) fassen die Verhaltensmerkmale akutschizophrener Patienten in einem Milieu im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft in zwei dichotome Gruppen zusammen. Einem aktivschizophrenen Typus (A-Typus) stellen sie einen passivschizophrenen Typus (P-Typ) gegenüber (s. Kap. 4.5.3.). "Aktivität" bzw. "Passivität" sind hier als Merkmale des sichtbaren sozialen Verhaltens zu verstehen, in welchem sich Akutschizophrene inbezug auf ihr Milieuverhalten voneinander unterscheiden.

Akutschizophrene Patienten werden bei ihrem Klinikeintritt auf einer Akutaufnahmestation aufgenommen. Eine solche Abteilung weist bestimmte Milieucharakteristika auf, die hier kurz erwähnt werden sollen. Sie ist meistens geschlossen, d.h. die Patienten haben keine oder nur beschränkte Ausgangsmöglichkeit. Die Patientengruppe ist insofern heterogen als sie verschiedene "psychopathologische Bilder" (schwere Neurotiker, Suizidale, "Border line", Depressive, Manische, Süchtige, Anorexien, schwere Adoleszentenkrisen sowie ruhige und erregte Psychotiker) umfasst. Zudem ist die Abteilung verhältnismässig gross - in der psychiatrischen Klinik "Schlössli" befinden sich auf einer Akutabteilung 30 Patienten, die in zweiräumlich voneinander nicht getrennte Gruppen eingeteilt sind, was den nötigen Gruppenzu-

sammenhalt wesentlich erschwert. Oft handelt es sich dabei um ein recht unruhiges Milieu, das auch während "ruhigen Zeiten" vom Personal zu milieubezogener Aktivität angehalten wird.

Wie reagieren die neueintretenden Patienten auf ein solches Milieu? Nach unseren Erfahrungen werden gerade hier einige unterschiedliche Verhaltensmerkmale der akutschizophrenen Patienten sichtbar. Aktivschizophrene (A-Typus) finden früher oder später Anschluss an die aktiven Gruppen und scheinen vom Aufenthalt auf der Akutabteilung zu profitieren. Passivschizophrene (P-Typus) finden oft den Anschluss nicht, bleiben desintegriert und scheinen vom Milieu wenig oder kaum zu profitieren.

Hier drängen sich einige Fragen auf. Zunächst wollen wir wissen, welches die individuellen Faktoren sind, die das Sozialverhalten Akutschizophrener im Milieu beeinflussen oder sogar bedingen? Es können die prämorbid Persönlichkeit (z.B.: "Introversion-Extraversion" oder auch der prämorbid-psychoziale-Status) oder die Beschaffenheit der psychopathologischen Symptomatik (z.B.: paranoid bzw. nichtparanoid) sein. Dann wollen wir wissen, welches die Milieucharakteristika sind, die das besagte Sozialverhalten mitbestimmen. Ist das "aktive Milieu", wie es auf einer Akutabteilung vorkommt, dazu geeignet, Aktivschizophrene (A-Typus) anzusprechen und ihr Sozialverhalten positiv zu beeinflussen während Passivschizophrene (P-Typus) auf einer solchen Abteilung durch Ueberstimulation überfordert werden, was ihre sozialen Rückzugstendenzen verstärkt? Wenn das der Fall ist, so wäre für die Passivschizophrenen (P-Typus) eher ein Milieu geeignet, das ihnen mit weniger Aktivität und mehr Ruhe besser entspricht und dadurch für sie bessere Behandlungsvoraussetzungen aufweist.

Um unter anderem auch diesen Fragen näher nachzugehen, führten wir in der psychiatrischen Klinik "Schlössli" in den Jahren 1977 - 1979 eine Untersuchung mit 38 akutschizophrenen Patienten durch, die zum ersten oder zum zweiten Mal auf einer Akutabteilung einer psychiatrischen Klinik hopsitalisiert wurden. Diese Untersuchung, über die an einem anderen Ort referiert wird (HEIM und BERNSTEIN, 1980), soll unter anderen auch über folgende Fra-

gen Aufschluss geben.

- (1) Ob sich die von LILIENFELD, STAUFFACHER und WIRZ (1976) anhand ihres Verhaltens im Milieu definierten Aktiv- bzw. Passivschizophrenen (A-Typus, P-Typus) mit psychologischen Messverfahren tatsächlich erfassen lassen. Ob sich ihr Verhalten mit diesen Messverfahren qualifizieren und im Milieu voneinander unterscheiden lässt.
- (2) Ob die Aktiv- bzw. Passivschizophrenen anhand ihrer prämobiden-psycho sozialen-Persönlichkeit bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik valide erfasst und auseinander gehalten werden können.
- (3) Ob die im wesentlichen noch auszuarbeitenden Kriterien für Aktivschizophrene denjenigen für Akutparanoide entsprechen.
- (4) Ob die Milieucharakteristika der Akutaufnahmestationen der psychiatrischen Klinik "Schlössli" tatsächlich den Anforderungen der "therapeutischen Gemeinschaft" entsprechen und in ihrer Art ein optimales Milieu für die Behandlung der Aktivsch Aktivschizophrenen darstellen.
- (5) Ob das Milieu der Akutaufnahmestation der psychiatrischen Klinik "Schlössli" das geeignete soziale Feld für die Erweiterung der Interaktionsmöglichkeiten der Aktivschizophrenen darstellt.

In einer zweiten Untersuchung wurden die Kriterien des therapeutischen Milieus auf beiden Akutaufnahmestationen der psychiatrischen Klinik "Schlössli" untersucht (ISELE und SCHMID, 1978). Sobald die Eigenschaften dieses "aktiven Milieus" erfasst und beschrieben werden können, wäre es auch möglich, die Bedingungen für ein optimales Behandlungsmilieu für die psychische Behandlung der Passivschizophrenen zu formulieren.

#### .5.0. Zusammenfassung

Im Kapitel 6 wurden einige Aspekte milieutherapeutischer Behandlung akutschizophrener Patienten dargelegt und diskutiert. Diese sind:

1. Die Wechselbeziehungen zwischen dem Individuum und der sozialen Situation im Milieu, wie sie sich nach den sozialpsychologischen Gesetzen der Erwartung, der Beteiligung und des Gruppenzusammenhaltens formulieren lassen. Durch eine Anzahl Beispiele aus dem Klinikleben wurde auf diese Wechselbeziehung und auf mögliche praktische Schlussfolgerungen hingewiesen.
2. Der Versuch wurde unternommen, verschiedene Aspekte milieutherapeutischer Behandlung Akutschizophrener zu erläutern. Dabei wurde die Bedeutung dieser Aspekte für das Aufnahmegespräch, die medikamentöse Behandlung sowie für die Einzeltherapie betont.
3. Schliesslich wurde die mögliche Beziehung zwischen Verhaltensmerkmalen Schizophrener und von bestimmten, noch zu untersuchenden Milieukriterien hingewiesen. Durch die Erfassung solcher Milieukriterien wäre eine geeignete, getrennte Milieugestaltung für die Aktiv- bzw. Passivschizophrenen zu einem späteren Zeitpunkt denkbar.

# Literaturverzeichnis:

- ALMOND, R.: Issues in milieu treatment. Schizophrenie Bulletin, 1975, No. 13, 12-26.
- ARIETI, S.: The loss of reality. Psychoanalysis and the Psychoanalytical Review, 1961, 3, 3-24.
- ARIETI, S.: Interpretation of schizophrenia. N.Y.: Basic Books Inc, 1974
- ARIETI, S.: The psychotherapeutic approach to schizophrenia. In: KEMALI, D. et al. (Eds.): Schizophrenia today. Oxford: Pergamon Press, 1976, 245-257.
- ARGYLE, M.: Soziale Interaktion. Köln: Kiepenheuer und Witsch, 1972.
- ARNOLD, W., EYSENCK, H.J., MEILI, R.: Lexikon der Psychologie. Freiburg: Herder, 1972 (1976).
- ARONFREED, J.: The concept of internalization. In: GOSLIN, D.A. (Ed.): Handbook of schizophrenia, theory and research. Chicago: Rand McNally, 1969<sup>a</sup>, 263-323.
- ARONFREED, J.: The problem of imitation. In: LIPSITT, L.P. & REESE, H.W. (Eds.): Advances in child development and behavior, vol IV. N.Y., Academic Press, 1969<sup>b</sup>, 210-319.
- ASARNOW, R.F. & MANN, R.: Size estimation in paranoid and non-paranoid schizophrenics. Journal of Nervous and Mental Diseases, 166, 2, 1978, 96-103.
- BANDURA, A.: Principles of behavior modification. N.Y., Holt Reinhart & Winston, 1969<sup>a</sup>.
- BANDURA, A.: Social learning theory of identificatory processes. In: GOSSLIN, D.A. (Ed.): Handbook of schizophrenia, theory and research. Chicago, Rand McNally, 1969<sup>b</sup>, 213-262.
- BANDURA, A.: Social learning theory. New Jersey, Pentice-Hall inc, 1977.
- BATESON, G., JACKSON, D.D., LAING, R.D., LIDZ, Th. et al.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt a.M., Suhrkamp, 1970.

- BECKER, W.C.: The process-reactiv distinction: A key to the problem of schizophrenia. Journal of Nervous an Mental Diseases 129, 1959, 442-449.
- BELLAK, L. & STRAUSS, J.S.: The heuristic need for subgroups of the schizophrenic syndrome. Schizophrenia Bulletin, 5, 3, 1979, 441-442.
- BELLAK, L.: A "mini Max": A research strategy for establishing subgroups of the schizophrenic syndrome. Schizophrenia Bulletin, 5, 3, 1979, 443-446.
- BENEDETTI, G.: Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenielehre. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 1975.
- BENEDETTI, G., BLEULER, M., KIND, H. & MIELKE, F.: Entwicklung der Schizophrenielehre seit 1941. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1960.
- BENEDETTI, G., KIND, H., JOHANSSON, A.S. & WENGER, V.: Forschungen zur Schizophrenielehre 1956 bis 1965. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1969.
- BENEDETTI, G., RAUCHFLEISCH, U.: Die Schizophrenie in unserer Gesellschaft (Forschungen zur Schizophrenielehre 1966 - 1972). Stuttgart, Thieme, 1975.
- BERGIUS, R.: Verhaltenstherapeutische Ansätze der Persönlichkeitstorschung. In: STRUBE, G. (Hrsg.) Binet und die Folgen. Die Psychologie des 20. Jahrhunderts (Band V). Zürich, Kindler, 1977, 760-828.
- BERNER, P.: Paranoide Syndrome. In: KISKER, K.P. et al (Hrsg): Psychiatrie der Gegenwart, Band II/1, 1972, 153-212.
- BLASS, Th.: Personality variables in social behavior. New Jersey, Laurence Erlbaum, 1977a.
- BLASS, Th.: On personality variables, situation and social behavior. In: BLASS, Th. (Ed): Personality variables in social behavior, New Jersey, Laurence Erlbaum, 1977<sup>b</sup>.
- BLEULER, E.: Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. In: ASCHAFFENBURG, G. (Hrsg): Handbuch der Psychiatrie, Leipzig und Wien, Deuticke, 1911.

- BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie (11. Auflage. Bearbeitet von M. BLEULER). Berlin, Springer, 1969.
- BLEULER, M.: Ueber Grenzen des Schizophreniebegriffes und Grenzen der Bedeutung psychiatrischer Diagnostik. Schweizerisch-medizinische Wochenschrift, 101, 41. 1971, 1457-1464.
- BLEULER, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen. Stuttgart, Thieme, 1972.
- BLEVENS, K.: Judgmental impairment in paranoid and nonparanoid schizophrenics. (Unveröffentlichtes Dissertationsmanuskript) Veteran Administration Hospital, Waco, Texas. 1974/5.
- BORNEWASSER, M., HESSE, F.M., MIELKE, R. & SCHMIDT, H.D.: Einführung in die Sozialpsychologie. Heidelberg, UTB - Psychologie, 1976.
- BREHMER, B.: Effects of cue validity and task predictability on interpersonal learning of linear inference tasks. Umea Psychological Reports, No.69, Umea, Sweden (University of Umea), 1973<sup>a</sup>.
- BREHMER, B.: The effect of the intercorrelation on interpersonal learning of probabilistic interference tasks. Umea Psychological Reports, No.73, Umea, Sweden (University of Umea) 1973<sup>b</sup>.
- BRENGELMANN, J.C.: Persönlichkeit. In: MEILI, R., RORACHER, H. (Hrsg.): Lehrbuch der experimentellen Psychologie. Bern, Huber, 1968, 327-374.
- BRUNSWIK, E.: Perception and the representative design of experiments. Berkeley, University of California Press, 1956.
- BUBER, M.: Ich und Du. Köln, Hegner, 1966.
- BUBER, M.: Das dialogische Prinzip. Heidelberg, Lambert Schneider, 1973.
- CAFFREY, B.: Reliability and validity of personality and behavioral measurs in a study of coronary heart disease. Journal of Cronic diseases, 21, 1968, 191-204.
- CAMERON, N.: Personality development and psychopathology: A dynamic approach. Boston, Houghton-Mifflin Comp., 1963.

- CARTWRIGHT, D. & ZANDER, A. (Ed.): Group dynamics: Research and theory. N.Y., Harper and Row, 1960.
- CIOMPI, L., AGUÉ, C. & DAUWALDER, J-P.: Ein Forschungsprogramm über die Rehabilitation psychisch kranker. Nervenarzt, 48, 1977, 12-18.
- CHAPMAN, L.J., DAY, D. & BURSTEIN, A.: The process - reactive distinction and prognosis in schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Diseases, 136, 1963, 383-391.
- COHEN, R., MEYER-OSTERKAMP, S.: Experimentalpsychologische Untersuchungen in der psychopathologischen Forschung (Dargestellt an Arbeiten zur Eigenart schizophrener Verhaltensstörungen). In: SCHREML, W.J., BAUMANN, U. (Hrsg): Klinische Psychologie II: Methoden, Ergebnisse und Probleme der Forschung. Bern, Huber, 1976, 457-485.
- DAVIS, K.E.: Needs, wants and consistency. In: ABELSON, R.P. et al (Eds): Theories of cognitive consistency: A source book. Chicago, Rand McNally, 1968.
- DEPUE, R.A., DUBICKI, M.D.: Hospitalization and premorbid characteristics in withdrawn and active schizophrenics. Journal of Consulting and clinical Psychology, 42, 5, 1974, 628-632.
- DEPUE, R.A., DUBICKI, M.D., MCCARTHY, T.: Differential recovery of intellectual associational and psychological functioning in Psychology, 84, 1975, 325-330.
- DEPUE, R.A., WOODBURN, L.: Disappearance of paranoid Symptom with chronicity. Journal of Abnormal Psychology, 84, 1975, 84-86.
- DI-LORETO, A.O.: Comperativ psychotherapy: An experimental analysis. Chicago, Aldine, 1971.
- DITTRICH, A.: Die Stärke von Prägnanztendenzen Akutschizophrenen. Köln (unveröffentlichte Diss.), 1972.
- DORSCH, F. (Hrsg.): Psychologisches Wörterbuch. Bern, Huber, 1976 (9. Aufl.).
- DUJKER, H.C.J. & RIJSWEJK, M. (Ed): Trilingual psychological dictionary. Bern, Huber, 1975.

- EPPRECHT, M.: Praktikum des Pflegepersonals in der Ergotherapie  
In: BARZ, M. (Hrsg): Praktische Psychiatrie. Bern, Huber,  
1977 (2. Aufl.), 117-118.
- EYSENCK, H.J.: Handbook of abnormal psychology. London, Pitman,  
1960
- EYSENCK, H.J. (Ed): The biological basis of personality.  
Springfield, Charles Thomas, 1967.
- EYSENCK, H.J. (Ed): Reading in Extraversion - Introversion I.:  
Basic processes. London, Staples, 1971<sup>a</sup>.
- EYSENCK, H.J. (Ed): Reading in Extraversion - Introversion II.:  
Fields of application. London, Staples, 1971<sup>b</sup>.
- EYSENCK, H.J. (Ed): The measurement of personality. London, MTP,  
1976.
- EYSENCK, H.J. & EYSENCK, S.G.B.: Manual of the Eysenck Persona-  
lity Inventory. London, University of London Press, 1964.
- EYSENCK, H.J. & EYSENCK, S.G.B.: Psychoticism as a dimension of  
personality. London, Hodden and Stoughton. 1976.
- EYSENCK, H.J. & RACHMAN, S.: Neurosen, Ursachen und Heilmethoden.  
Berlin (Ost), UEB - Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1972.
- FLORIN, J. & MEYER-OSTERKAMP, S.: Ansätze zur Verhaltenstherapie  
bei Schizophrenen. In: KREIKER, Ch. (Hrsg): Handbuch der  
Verhaltenstherapie. München, Kindler, 1974, 465-485.
- FOPPA, K.: Lernen, Gedächtnis, Verhalten. Köln-Berlin, Kiepen-  
heuer und Witsch, 1968.
- FOUDRAINE, J.: Wer ist aus Holz? Neue Wege der Psychiatrie.  
München, Piper, 1973.
- FOULDS, G.A. & OWEN, A.: Are paranoids schizophrenics? British  
Journal of Psychiatry, 109. 1963, 674-679.
- FRANCO, E. & MAGARO, P.: The relationship of A-B field depen-  
dency and emotional openness in paranoid and nonparanoid  
schizophrenics. Journal of Clinical Psychology, 33, 1. 1977,  
30-42.

- FRIEDMAN, M. & ROSENMAN, R.H.: Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: Blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease. Journal of the American Medical Association, 169, 1959, 1286-1296.
- GARMEZY, N.: Process and reactiv schizophrenia: Some conceptions and issues. In: KATZ, M.M. et al. (Eds): The role and methodology of classification in psychiatry and psychopathology. Public Health Service Publication No. 1584, Washington D.C., 1968, 418-466.
- GEWIRZ, J.L.: Mechanism of social behavior: Some role of stimulation and behavior in early human development. In: GOSLIN, D.A. (Ed.): Handbook of socialization, theory and research. Chicago, 1969, 27-212.
- GILLIS, J.S. & DAVIS, M.E.: The effect of psychorective drugs on complex thinking in paranoid and nonparanoid schizophrenics: An application of the multiple-cue model to the study of disordered thinking. In: RAPPAPORT, L. & SUMMERS, D.A.: Human judgment and social interaction. N.Y., Holt, Reinhart & Winston, 1973.
- GILLIS, J.S. & BLEVENS, K.: Sources of judgmental impairment in paranoid and nonparanoid schizophrenics. Journal of Abnormal Psychology, 87, 1978, 587-596.
- GOFFMANN, K.J. & SCHMIDTKE, A.: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen. In PONGRATZ, L. & WEWETZER, K.H. (Hrsg): Klinische Psychologie, 1. Halbband (Handbuch der Psychologie, Bd.8). Göttingen, Hogrefe, 1977, 664-714
- GOLDSTEIN, M.J.: Premorbid adjustment survey (1975). Schizophrenia Bulletin, 4, 1977, 212-213.
- GOLDSTEIN, M.J.: Further data concerning the relation between premorbid adjustment and paranoid symptomatology. Schizophrenia Bulletin, 4, 1978, 236-243.
- GRAUMANN, G.F.: Sozialpsychologie: Ort, Gegenstand und Aufgabe. In: GRAUMANN, C.F.: Handbuch der Psychologie. Bd. 7, 1. Halbband. Göttingen, Hogrefe, 1969, 3-80.

- GRAY, J.A.: The psychophysiological nature of Introversion-Extraversion: A modification of Eysenck's theory. In: NEBYLISTYN, V.D. & GRAY, J.A. (Ed.): Biological bases of individual behavior. N.Y., Academic Press, 1972.
- GUNDERSON, J.G.: A reevaluation of milieu therapy for nonchronic schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin, 6, 1980, 64-69.
- HAASE, H-J.: Therapie mit Psychopharmaka. Stuttgart, Schattauer, 1977.
- HAMMOND, K.R.: The cognitive conflict paradigm. In: RAPPAPORT, L. & SUMMERS, D.A. (Eds.): Human judgment and social interaction. N.Y. Holt, Reinhart and Winston, 1973.
- HEILBRUN, A.B.: Aversive mental control: A theory of schizophrenic development. N.Y.-London, Wiley, 1973.
- HEIM, E. Zwischenmenschliche Beziehungen im Krankenhaus. Das Schweizer-Spital - VESKA, 39, 3, 1975, 127-130.
- HEIM, E.: Therapeutische Gemeinschaft: Verändertes Rollenverständnis. Psychiatrische Praxis, 3, 1976, 15-31.
- HEIM, E.: Therapeutische Gemeinschaft: Ihre Prinzipien, Instrumente und Rollenverteilungen. In: BARZ, H. (Hrsg.): Praktische Psychiatrie, Bern, Huber, 1977 (2. Aufl.), 221-260.
- HEIM, E.: Aufbauschritte der therapeutischen Gemeinschaft in der psychiatrischen Klinik. Psychiatrische Praxis, 5, 1978<sup>a</sup>, 14-24.
- HEIM, E. (Hrsg): Milieutherapie: Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik. Bern, Huber 1978<sup>b</sup>.
- HEIM, E. & BERNSTEIN, E.: Interactional processes within a therapeutic milieu. Paper, VII. International Congress Group Psychotherapy, Copenhagen, 1980.
- HEIM E., JOHNSEN, E., LILIENFELD, C., STAUFFACHER, H. & WIRZ, P.: Application of the principles of the therapeutic community with the participation of schizophrenics. In: JØRSTAD, J. & UGELSTAD, E. (Ed): Schizophrenia 75: psychotherapy, family studies, research. Oslo, Universitetsforlaget, 1976, 327-346.

- HEIM, E., JOHNSEN, E., LILIENFELD, C., STAUFFACHER, H. & WIRZ, P.: Die Anwendung der Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft in der Praxis. Nervenarzt, 49, 1978, 468-474.
- HEIM, E. & SCHMID, B.: Chronische Schizophrenie - noch aktuell? Social Psychiatry, 7, 1972, 17-29.
- HERMANN, Th.: Lehrbuch der empirischen Persönlichkeitsforschung. Göttingen, Hogrefe, 1976 (3. Aufl.).
- HERRON, W.: The process - reactive distinction of schizophrenia. Psychological Bulletin, 59, 1962, 329-343.
- HIGGINS, J.: The concept of process - reactive schizophrenia: Criteria and related reserch. Journal of Nervous and Mental Diseases, 138, 1964, 9-25.
- HIGGINS, J.: Process - reactive schizophrenia: Recent developments. Journal of Nervous and Mental Diseases. 149, 1969, 450-472.
- HIGGINS, J. & PETERSON, J.C.: The concept of process - reactive schizophrenia: A critique. Psychological Bulletin, 66, 1966, 201 - 206.
- HOFSTAETTER, P.R.: Gruppendynamik. Hamburg, Rowohlt, 1957.
- HOFSTAETTER, P.R.: Einführung in die Sozialpsychologie, Stuttgart, Kröner, 1963.
- HOMANS, G.C.: Social behavior: Its elementary forms. N.Y. 1961.
- HUBER, G., ZERBIN-RUEDIN, E.: Schizophrenie, Darmstadt, Wissenschaftliche Buch-Gesellschaft, 1979.
- ISELE, R. & SCHMID, E.: Ward Atmosphere Scale: Versuch der Anwendung eines Fragebogens zur Erfassung von Milieufaktoren in einer psychiatrischen Klinik. Lizenziatsarbeit, Psychologisches Institut der Universität Zürich, 1978.
- JOHANSEN, W.J., FRIEDMAN, S.H., LEITSCHUH, Th.H. & AMMONS, H.: A study of certain schizophrenic dimensions and their relationship to double alternation learning. Journal of Consultative Psychology, 27, 1963, 375-382.
- JONES, M.: Beyond the therapeutic community. London, Yale University Press, 1968 (Deutsch: Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. Bern, Huber, 1976).

- JONES, M.: The therapeutic community as a changing system. In: ROSENBAUM, M. & BERGER, M.M. (Ed): Group therapy and group function. N.Y., Basic Books, 1975<sup>a</sup>, 772-777.
- JONES, M.: Group and social learning. In: UCHTENHAGEN, A., BATTEGAY, R. & FREIDMANN, A. (Ed): Gruppentherapie und soziale Umwelt: Vorträge, Workshops und Diskussionen des 5. internationalen Kongress für Gruppenpsychotherapie in Zürich 1973. Bern, Huber, 1975<sup>b</sup>. 24-35.
- JONES, M.: Maturation of the therapeutic community: An organic approach to health and mental health. N.Y. Human Sciences Press, 1976.
- JØRSTAD, J.: Psychotherapy in a psychiatric institution: Attitude and process. Psychotherapy and Psychosomatics, 24, 1974, 281-292.
- JØRSTAD, J.: Die Ausbildung von Milieuthérapeuten, ein kontinuierlicher Prozess. In: HEIM, E. (Hrsg): Milieuthérapie, Bern, Huber, 1978.
- JUNG, C.G.: Ueber die Psychologie der Dementia Praecox. Halle, Marhold, 1907.
- KANFER, F.H. & PHILIPS, J.S.: Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie. München, Kindler, 1975.
- KANTOR, R. & HERRON, W.: Reactive and process schizophrenia. Science and Behavior Books. Palo Alto (Ca), 1966.
- KANTOR, R.E., WALLNER, J.M. & WINDER, C.L.: Process and reactive schizophrenia. Journal of Consulting Psychology, 17, 1953, 152-162.
- KANTOR, R. & WINDER, C.: The process - reactive continuum: A theoretical proposal. Journal of Nervous and Mental Diseases, 129, 1959, 429-434.
- KARASU: T.B., PLUTCHNIK, R., CONTE, H.R., SIEGEL, B. & HERZMAN, M.: The therapeutic community in theory and practice. Hospital and community Psychiatry, 28, 1977, 436-440.
- KARP, St.A.: Psychological differentiation. In: BLASS, Th. (Ed): Personality variables in social behavior. New Jersey, Laurence Erlbaum, 1977, 135-178.

- KEITH, S.J. & BUCHSBAUM, S.: Workshop on factors related to premorbid adjustment. Schizophrenia Bulletin, 4, 1978, 252-257.
- KEITH, R.A., LOWEN, B. & STARE, F.J.: Coronary hearth disease and behavior patterns: An examination of method. Psychosomatic medicin, 27, 1965, 424-434.
- KEYSER, H. et al (Hrsg): Gruppenarbeit in der Psychiatrie: Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft. Stuttgart, Thieme, 1973.
- KLORMANN, R., STRAUSS, J.R. & KOKS, R.F.: The relationship of demographic and diagnostic faktors to measure of premorbid adjustment in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 3, 1977<sup>a</sup>, 214.-225.
- KLORMANN, R., STRAUSS, J.R. & KOKS, R.F.: Some biological approaches to research on premorbid functioning in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 4, 1977<sup>b</sup>, 226-239.
- KOKS, R.F., STRAUSS, J.S. & KLORMANN, R.: Measuring premorbid adjustment: The instruments and their development. Schizophrenia Bulletin, 3, 1977, 186-213.
- KOLBERG, L.: Stage and sequence: The cognitive-developmental Approach to socialization. In: GOSLIN, D.A. (Ed): Handbook of socialization, theory and research. Chicago, Rand McNally, 1969<sup>a</sup>, 347-480.
- KOLBERG, L.: Stages in the development of moral thought and action. N.Y., Holt, Reinhart and Winston, 1969<sup>b</sup>.
- KRAEPELIN, E.: Dementia praecox und Paraphrenia (In: Lehrbuch der Psychiatrie), Leipzig, Barth, 1913.
- KREITLER, H. & KREITLER S.: Die weltanschauliche Orientierung der Schizophrenen. München-Basel, Reinhardt, 1965.
- KREITLER, H. & KREITLER, S.: Cognitive orientation and behavior. N.Y., Springer, 1972.
- KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter. Berlin, Springer, 1951.

- LANG, P. & BUSS, A.: Psychological deficit in schizophrenia II.: Interference and activation. Journal of Abnormal Psychology, 70, 1965, 77-106.
- LANGFELDT, G.: The diagnosis of schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 108, 1951, 123-125.
- LANGFELDT, G.: The prognosis in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 110, 1956, 1-66.
- LEWIN, K.: A dynamik theory of personality. N.Y., McGraw Hill, 1935.
- LEWIN, K.: Principles of topological psychology. N.Y., McGraw Hill, 1936.
- MANZ, F.: Die Prognostik der endogenen Psychosen. Leipzig, Thieme, 1930.
- MEYER-OSTERKAMP, S. & COHEN, R.: Zur Größenkonstanz bei Schizophrenen: Eine experimentalpsychologische Untersuchung. Berlin, Springer, 1973.
- MILLER, N.E. & DOLLARD, J.: Social learning and imitation. New Haven, Yale University Press, 1941.
- MILICI, P.: Postmotive schizophrenia. Psychiatric Quarterly, 13, 1935, 278-293.
- MUELLER, E.F. & THOMAS, A.: Einführung in die Sozialpsychologie. Göttingen, Hogrefe, 1976 (2.Aufl.).
- PARSONS, T.: The social system. N.Y. The Free Press, 1951.
- PASKIND: H.A. & BROWN, M.: Psychosis resembling schizophrenia occurring with emotional stress and ending in recovery. American Journal of Psychiatry. 96, 1940, 1379-1388.
- PAUL, G.L. & LENTZ, R.J.: Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu versus social-learning programs. Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1977/78.
- PETRIE, A.: Individuality in pain and suffering Chicago, University of Chicago Press, 1967.
- PFAEFFELIN, E.: Ergotherapie. In: BARZ, H. (Hrsg): Praktische Psychiatrie. Bern, Huber, 1977 (2.Aufl.) 107-114.

- PHILIPS, L.: Case history data and prognosis in schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Disease. 117, 1953, 512-525.
- PIAGET, J.: Psychologie der Intelligenz. Rascher, Zürich, 1947.
- PUTTERMAN, A.H. & POLLACK, H.B.: The developmental approach and process-reactive schizophrenia: A review. Schizophrenia Bulletin, 2, 1976, 198-208.
- RAPOPORT, R.N.: Community as doctor. London, Tavistok Publications, 1960.
- REY, E.R.: Die "objektive" Messung von Persönlichkeitszügen. In: STRUBE, G.: Binet und die Folgen (Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd.V.) Zürich, Kindler, 1977, 348-382.
- RICHTER, H-E. & BECKMANN, D.: Herzneurose. Stuttgart, Thieme, 1973.
- RODNICK, E.H.: Cognitive and perceptual response set in schizophrenics. In: JESSOR, R. & FESHBACH, S. (Eds): Cognitive, personality and clinical psychology. San Francisco, Jossey - Bass Inc, 1968,
- SANES, J. & ZIEGLER, E.: Premorbid social competence in schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 78, 1971, 140-144.
- SAPPINGTON, J.: Demographic variables in process-reactive schizophrenia research: Noise or signal? Schizophrenia Bulletin, 3, 1977, 259-261.
- SARBIN, T.R., TAFT, R. & BALLY, D.E.: Clinical inference and cognitive theory. N.Y., Holt, Reinhart and Winston, 1960.
- SCHARFETTER, Ch.: Allgemeine Psychopathologie: Eine Einführung. Stuttgart, Thieme, 1976<sup>a</sup>.
- SCHARFETTER, Ch.: Betrachtungen der Schizophrenielehre. Zürich, (Manuskript ohne Verlagsangabe), 1976<sup>b</sup>.
- SCHARFETTER, Ch.: Psychopathologie und Therapie der Schizophrenen. Vortrag anlässlich der Deutschschweizertreffens der Lehrerinnen und Lehrer in psychiatrischer Krankenpflege, Zürich, 1979.
- SCHARFETTER, Ch.: Familien- und Kommunikationspsychologische Schizophrenietheorien und -therapien. In: Ergebnisse für die Medizin, 2.: Psychiatrie (Die Psychologie des 20. Jahrhundert, Bd.X.), Zürich, Kindler, 1980, 426-433.

- SCHARFETTER, Ch. & BENEDETTI, G.: Leiborientierte Theorien schizophrener Ich-Störungen. Schweizer Archiv für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie, 123, 1978, 239-255.
- SCHMIDT, L.R.: Objektive Persönlichkeitsmessung in diagnostischer und klinischer Psychologie. Weinheim und Basel, Belz, 1975.
- SCHOOP, T.: Won't you join the dance?, Palo Alto, Mayfield, 1974.
- SCHUCKER, B. & JACOBS, D.R.: Assessment of behavioral risk for coronary diseases by voice characteristics. Psychosomatic medicine, 39, 1977, 219-228.
- SCHULZ, C.G.: An individualized psychotherapeutic approach with the schizophrenic patient. Schizophrenia Bulletin, 13, 1975, 46-69.
- SHAKOW, D.: Segmental set: A theory of the formal psychological deficit in schizophrenia. Archive of General Psychiatry, 6, 1962, 275-305.
- SPOHN, H.E. & PATTERSON, T.: Recent studies of psychophysiology in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 5, 1979, 581-611.
- STENDENBACH, F.J.: Soziale Interaktion und Lernprozess. Köln, Kiepeheuer und Witsch, 1963.
- STOTSKY, B.A.: Comparison of remitting and nonremitting schizophrenics on psychological tests. Journal of Abnormal and Social Psychology, 47, 1952, 489-496.
- STRAUSS, J.S.: Untangling the antecedents of schizophrenic behavior. In: SANKAR, S. (Ed): Psychiatric problems of childhood. N.Y., PJD-Publications, 1976, 13-30.
- STRAUSS, J.S. & CARPENTER, W.T. Jr.: The prediction of outcome in schizophrenia: II. Relationship between predictor and outcome variables: A report from the WHO-International Pilot Study of Schizophrenia. Archive of General Psychiatry, 31, 1974, 37-42.
- STRAUSS, S.J. & CARPENTER, W.T. Jr.: Prediction of outcome in schizophrenia: III. Five years outcome and its predictors. Archive of General Psychiatry, 34, 1977, 159-163.

- STRAUSS, J.S., KOKS, R.F., KLORMAN, R. & SACKTEDER, J.L.: The concept of premorbid adjustment. Schizophrenia Bulletin, 3, 1977, 182-185.
- STRAUSS, M.E.: Behavioral differences between acute and chronic schizophrenics: Course of psychosis, effects of institutionalization, or sampling biases? Psychological Bulletin, 79, 1973, 271-279.
- STRAUSS, M.E., SIROTKIN, R.A. & GRISELL, J.: Length of Hospitalization and rate of readmission of paranoid and nonparanoid schizophrenics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 1974, 105-110.
- SULLIVAN, H.S.: Conception of modern psychiatry. N.Y., Norton and Company, 1948.
- SULLIVAN, H.S.: The interpersonal theory of psychiatry. N.Y., Norton and Company, 1953.
- SULLIVAN, H.S.: Clinical studies in psychiatry. N.Y., Norton and Company, 1956.
- SULLIVAN, H.S.: Schizophrenia as a human process. N.Y., Norton and Company, 1962.
- ULLMANN, L. & GIOVANNONI, J.: The development of a self-report measure of the process-reactive continuum. Journal of Nervous and Mental Diseases, 138, 1964, 38-42.
- VENABLES, P.H.: A short scale for rating "Activity-Withdrawal" in schizophrenia. Journal of Mental science, 103, 1957, 197-199.
- VENABLES, P.H.: Input dysfunction in schizophrenia. In: MAHER, B.A. (Ed): Progress in experimental personality research (Vol.I), N.Y., Academic Press, 1964.
- VENABLES, P.H.: Psychophysiological aspects of schizophrenia. British Journal of Medical Psychology, 39, 1966, 289-
- VENABLES, P.H. & WING, J.K.: Level of arousal and the subclassification of schizophrenia. Archive of General Psychiatry, 7, 1962, 114-119.
- WACHTEL, P.L.: Cognitive style and style of adaptation. Perceptual and Motor Skills, 35, 1972, 779-785.
- WERTHEIMER, M.: Experimentelle Studien über das Sehen von Bewegung. Zeitschrift für Psychologie, 61, 1912, 161-265.

- WHO: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten.  
Berlin, Springer, 1971 (2.Aufl.).
- WICKENS, D.D.: Studies of response generalization in conditioning:  
I. Stimulus generalization during response generalization.  
Journal of Experimental Psychology, 33, 19 , 221-227.
- WILSON, G.: Introversion - Extraversion, In: BLASS, Th. (Ed):  
Personality variables in social behavior. New Jersey, Laurence  
Erlbaum Ass., 1977, 179-218.
- WING, J.K.: Eine praktische Grundlage für Soziotherapie bei  
Schizophrenie. In: HUBER, G. (Hrsg): Therapie, Rehabilitation  
und Prävention schizophrener Erkrankungen. Stuttgart, Schat-  
tauer, 1976, 31-54.
- WING, J.K. & BROWN, G.W.: Institutionalism and schizophrenia:  
A comparative study of three mental hospitals 1960 - 1968.  
Cambridge University Press, 1970.
- WITKIN, H.A.: Perception of the body position and the position  
of the visual field. Psychological Monographs, 63, 1959, 1-46.
- WITKIN, H.A.: Psychological differentiation and forms of patho-  
logy. Journal of Abnormal Psychology, 70, 1965<sup>a</sup>, 324-336.
- WITKIN, H.A.: Development of body concept and psychological  
differentiation. In: WAPNER, S. & WERNER, H. (Ed): The body  
concept. N.Y., Random House, 1965<sup>b</sup>.
- WITKIN, H.A.: Psychologische Differenzierung und Formen der  
Pathologie. Psyche, XXVII, 555-593.
- WITKIN, H.A., LEWIS, H.B., HERTZMAN, M., MACHOVER, K., MEISSNER,  
P.B. & WAPNER, S.: Personality through perception. N.Y.,  
Harper, 1954.
- WITTENBORN, J.R., McDONALD, D.C. & MAURER, H.: Persisting symptoms  
in schizophrenia predicated by background factors. Archive  
of General Psychiatry, 34, 1977, 1057-1062.
- WITTMAN, P.: Scales measuring prognosis in schizophrenic  
patients. Elgin state Hospital Papers, 4, 1941, 20-33.
- WOGGON, B. & ANGST, J.: Einzelne Aspekte der Behandlung mit  
Deponeuroleptika. In: HUBER, G. (Hrsg): Therapie, Rehabili-  
tation und Prävention schizophrener Erkrankungen. Stuttgart,  
Schattauer, 1976, 191-200.

- WYNNE, L.C. & SINGER, M.T.: Though disorders and family relation of schizophrenics II.: A classification of forms of thinking. Archive of General Psychiatry, 9, 1963, 199-206.
- WYNNE, L.C., CROMWELL, R.L. & MATTHYSSE, S.: The nature of schizophrenia: New approaches to research and treatment. N.Y., John WILEY and sons, 1978.
- ZIEGLER, E. & PHILIPS, L.: Social compenence and the process-reactive distinction in psychopathology. Journal of Abnormal and Social Psychology, 65, 1962, 215-222.
- ZIEGLER, E. & LEVINE, J.: Premorbid adjustment and paranoid - nonparanoid status in schizophrenia: A further investigation. Journal of Abnormal Psychology. 82, 1973, 189-199.
- ZIEGLER, E., LEVINE, J. & ZIEGLER, B.: The relation between premorbid competence and paranoid - nonparanoid status in schizophrenia: Methodological and theoretical. Psychological Bulletin, 83, 1976, 303 -313.
- ZIEGLER, E., LEVINE, J. & ZIEGLER, B.: Premorbid social competence and paranoid - nonparanoid status in female schizophrenic patients. Journal of Nervouse and Mental Disease, 164, 1977, 333-339.
- Die von LILIENFELD, Cl., STAUFFACHER, H.N. & WIRZ, P. im Jahre 1975 durchgeführte Untersuchung an der psychiatrischen Klinik "Schlössli" wurde 1976 als Lizenziatsarbeit in klinischer Psychologie an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich angenommen. Sie trägt den Titel: Die therapeutische Gemeinschaft in ihrer praktischen Anwendung - Empirische Untersuchung in einer psychiatrischen Klinik.

## Lebenslauf:

Am 10. November 1939 wurde ich in Tel-Aviv (Israel) geboren. Mein Vater ist Politiker, meine Mutter Hausfrau. Zuhause herrschte eine bewusst jüdisch-religiöse Atmosphäre. Nach Besuch der Grund- und Mittelschule sowie einer Jeschiwa (Talmudhochschule) schloss ich 1958 mit der Matura ab. Danach diente ich drei Jahre in der israelischen Armee. Im Wintersemester 1961/62 immatrikulierte ich mich an der Universität Zürich, an der ich zunächst fünf Semester Medizin studierte. 1965 begann mein Psychologiestudium an der Philosophischen Fakultät I der Universität sowie auch am Institut für Angewandte Psychologie in Zürich. 1968 schloss ich meine Studien am letztgenannten Institut mit dem Diplom in Erziehungsberatung und Psychodiagnostik ab und arbeitete anschliessend ein Jahr als Werkstudent am Schulpsychologischen Dienst der Stadt Winterthur. Ab 1969 intensivierte ich meine Studien im Hauptfach Klinische Psychologie (Prof. U. Moser) und Anthropologische Psychologie (Prof. D.v. Uslar) sowie in den Nebenfächern Psychopathologie (Prof. Ch. Scharfetter) und Angewandte Psychologie (Prof. H. Biäsch), die ich 1975 mit dem Lizenziat beendete. Seit 1970 arbeite ich - zunächst als Teilzeitangestellter - in der Psychiatrie. 1973 war ich ein Jahr an der kantonalen psychiatrischen Klinik Münsterlingen/TG (Prof. R. Kuhn) tätig. Seit Februar 1975 bin ich Leiter des psychologischen Dienstes der psychiatrischen Klinik "Schlössli" in Oetwil am See/ZH. Seit 1976 gilt mein Interesse zunehmend der Psychotherapie Schizophrener.

Nebenamtlich arbeite ich ausserdem noch als Dozent am Institut für Angewandte Psychologie in Zürich, wo ich die Fächer Rorschachpsychodiagnostik und Verhaltensmodifikation unterrichte.

Nebst meiner Ausbildung in Verhaltenstherapie befinde ich mich seit 1974 in psychoanalytischer Ausbildung in Zürich.

Ich bin Vater von zwei Söhnen (15 und 10 Jahre) und lebe in zweiter Ehe. 1979 erwarb ich das Bürgerrecht von Oetwil am See.









